LEÇONS

DE

MÉDECINE LÉGALE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE COSSON,
RUE SAINT-GERMAIN-DES-PRÉS, N° 9.

LEÇONS

DE

MÉDECINE LÉGALE,

PAR M. ORFILA,

PROFESSEUR DE CHIMIE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A L'ANCIENNE FACULTÉ, PRÉSIDENT DES JURYS MÉDICAUX, MÉDECIN ORDINAIRE PAR QUARTIER DE S. M., MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIMIE MÉDICALE, CORRESPONDANT DE L'INSTITUT, DE L'UNIVERSITÉ DE DUBLIN, DE PHILADELPHIE, DE HANAU, DES ACADÉMIES DE MADRID, DE BARCELONNE, DE MURCIE, DES ÎLES BALÉARES, DE LIVOURNE, ETC.

DEUXIÈME ÉDITION,

Revue, corrigée et augmentée.

OUVRAGE ORNÉ DE 27 PLANCHES, DONT 7 COLORIÉES.

TOME Ier.

A PARIS,

CHEZ BÉCHET JEUNE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

Place de l'École de Médecine, n° 4.

A BRUXELLES,

AU DÉPOT GÉNÉRAL DE LA LIBRAIRIE MÉDICALE FRANÇAISE.

1828.



LEÇONS

DE

MÉDECINE LÉGALE.

PREMIÈRE LEÇON.

Les magistrats ont souvent recours aux lumières des gens de l'art pour résoudre des questions concernant la salubrité publique et l'administration de la justice. Tout ce qui tend à conserver la santé publique, à favoriser la vigueur de la population, à assurer l'existence et la liberté des citoyens appartient à la *police médicale* ou à l'*hygiène publique ;* ainsi l'examen de l'air, des eaux et des lieux, des comestibles, des boissons, des habitations, des prisons, des épidémies, des épizooties, des états, des professions, etc., est du domaine de cette science. La *Médecine légale* s'occupe au contraire des causes portées devant les tribunaux et les cours de justice. Elle peut être définie, *l'ensemble des connaissances médicales propres à éclairer diverses questions de droit et à diriger les législateurs dans la composition des lois* (1).

(1) *Définitions données par plusieurs auteurs.* 1° Anciennement on disait mal à propos que la médecine légale était

Cette définition nous dispense de faire connaître en détail quelles sont les sciences dont l'étude doit avoir précédé celle qui va nous occuper ; toutes les connaissances médicales, disons-nous, pourront être mises à contribution, et l'on ne tardera pas à s'apercevoir qu'il ne s'agit pas simplement de notions superficielles sur chacune de ces sciences, mais bien des détails les plus minutieux, et par conséquent les plus difficiles. Est-il question de donner son avis sur une hémorragie qui a été promptement mortelle, il faudra désigner au juste la branche ou le rameau de l'artère qui ont été ouverts. Cherche-t-on à connaître la cause de la paralysie d'un ou de plusieurs muscles à la suite de la piqûre d'un nerf, le nom de celui-ci devra être soigneusement indiqué.

---

l'art de faire des rapports en justice, comme si l'examen approfondi des questions pour lesquelles on est consulté n'appartenait pas aussi-bien à cette science que la rédaction des actes dans lesquels sont énoncées les opinions que fait naître cet examen.

2° La médecine légale est l'art d'appliquer les connaissances et les préceptes des diverses branches principales et accessoires de la médecine à la composition des lois et aux diverses questions de droit, pour les éclaircir ou les interpréter convenablement. (Définition de M. Fodéré et de Mahon.)

3° La médecine légale justiciale est l'ensemble systématique de toutes les connaissances physiques et médicales qui peuvent diriger les différens ordres de magistrats dans l'application et dans la composition des lois. (Définition de M. Prunelle).

4° La médecine légale est l'application de la médecine aux lois.

S'agit-il d'un empoisonnement par une substance minérale, les recherches ne seront complètes qu'autant que l'on aura déterminé, par des expériences souvent délicates, que le poison existe ou n'existe pas dans les alimens ou dans les boissons dont on avait fait usage, dans les matières vomies ou dans les tissus du canal digestif.

Il suffit de réfléchir un instant sur la variété des questions qui sont du ressort de la médecine légale pour s'apercevoir combien il est difficile d'établir une classification réellement utile; les faits dont se compose cette science sont tellement disparates qu'il n'est guère possible de les rapprocher pour chercher à former des sections, et encore moins des classes; aussi les auteurs de médecine légale ont-ils suivi dans l'exposition des matières des routes différentes, dont il suffit d'avoir une idée générale, et que nous nous garderons bien de faire connaître en détail. M. *Fodéré*, par exemple, divise la médecine légale en deux parties : la première, qu'il appelle *mixte*, comprend la médecine légale applicable au civil, au criminel et à la police de santé; la seconde a pour objet la médecine légale *criminelle :* plusieurs chapitres, composés de sections, forment la matière de chacune de ces parties. *Mahon*, sans admettre de division préalable, après avoir traité des généralités, parle de l'impuissance, du congrès, de la castration, des hermaphrodites, de la défloration, du viol, de la sodomie, de la grossesse, des naissances tardives, du part illégitime, de l'avortement, de l'état douteux de l'esprit et du corps, de la démence, des maladies simulées et dissimulées, des blessures, de la mort, de l'empoisonnement, de l'infanticide, des

noyés, des pendus, et des rapports. M. *Prunelle* établit quatre sections. La *première*, sous le titre d'*examen des corps vivans*, renferme : 1° l'histoire des âges et de leurs priviléges; 2° la détermination des sexes, l'hermaphroditisme; 3° la virginité et la défloration, le viol dans l'un et dans l'autre sexe; 4° l'impuissance conjugale; 5° la grossesse simulée ou dissimulée, l'accouchement, les naissances prématurées et les naissances tardives, la supposition de part, la viabilité des enfans, la superfétation, les monstres; 6° les maladies douteuses, les maladies feintes, les maladies dissimulées, les maladies imputées, les exoines ecclésiastiques, civiles et militaires; 7° l'état des facultés morales; 8° les blessures et leur gravité respective. La *seconde* section a pour objet l'*examen des cadavres*, et contient: 1° la mort par blessures; 2° la mort par suffocation; 3° la mort par suicide; 4° la mort par empoisonnement; 5° l'avortement, l'infanticide. La *troisième* section est relative à l'*examen des corps qui n'ont point eu vie*, tels que les substances qui peuvent être administrées dans une intention criminelle, les corps vulnérans, et les boissons frelatées. On trouve enfin dans la *quatrième* section tout ce qui concerne l'*exercice de la médecine*, comme le salaire dû aux gens de l'art, et les fautes qu'ils peuvent commettre. (Discours prononcé à la faculté de Montpellier en 1814.)

Adoptant, sous ce rapport, les idées de Mahon, qui décrit les objets sans les classer, nous attacherons fort peu d'importance à faire ressortir les avantages et les vices des distributions précédentes; tous nos efforts seront dirigés vers la solution complète des diverses

questions, quelle que soit la place qu'elles occupent dans ce cours.

Voici la marche que nous nous proposons de suivre. Après avoir indiqué d'une manière générale les règles qui doivent servir de base à la rédaction des *rapports*, des *certificats* et des *consultations médico-légales*, ainsi que les parties qui composent chacun de ces actes, nous traiterons successivement des âges dans les diverses périodes de la vie, de l'identité, de la défloration, du viol, du mariage, de la grossesse, de l'accouchement, des naissances tardives et précoces, de la superfétation, de l'infanticide, de l'avortement, de l'exposition, de la substitution, de la suppression et de la supposition de part, de la viabilité du fœtus, de la paternité et de la maternité, des maladies simulées, dissimulées, imputées, des qualités intellectuelles et morales, de la mort, de la survie, de l'asphyxie, des blessures, et de l'empoisonnement.

Nous n'imiterons point les auteurs qui, avant d'entrer en matière, ont cru devoir faire l'histoire de la médecine légale, depuis son origine jusqu'à nos jours. Ce sujet, beaucoup trop vaste pour pouvoir être simplement esquissé, trouve naturellement sa place dans l'historique des diverses sciences physiques et médicales ; en effet ne peut-on pas établir d'une manière générale, que les progrès qu'a faits la médecine légale sont le résultat des découvertes qui ont enrichi toutes ces sciences ? Si l'on parvient aujourd'hui à résoudre beaucoup mieux qu'on ne le faisait autrefois les questions médico-légales relatives à l'empoisonnement, à l'infanticide, aux blessures, aux maladies simulées, etc.,

cela ne tient-il pas évidemment à ce que la chimie, la physique, l'histoire naturelle, l'anatomie et la pathologie ont été perfectionnées et étudiées sous des rapports sous lesquels elles n'avaient pas encore été envisagées (1)?

---

(1) *Liste par ordre alphabétique des ouvrages ou des mémoires sur la médecine légale en général, ou sur quelques points de cette science.*

Alberti Systema jurisprudentiæ medicæ; Halæ, 1725 à 47. *Idem*, De funiculi umbilicalis neglecta alligatione; Halæ, 1731. — *Amand-d'Ambraine*, Sur le danger des inhumations précipitées, Dissertation; Paris, 1821. — *Ambroise Paré* (Œuvres d') : sur plusieurs sujets. — *Ammanni*, Irenicum, Numæ Pompilii cum Hippocrate; Lips., 1698. *Idem*, Praxis vulnerum lethalium; Francof., 1701. — *Amoreux*, Notice des insectes réputés venimeux; Paris, 1789. — *Augenii* Epistolæ et Consult; Francof., 1597 : sur la virginité.

Barrau, Considérations générales sur l'empoisonnement par l'oxyde d'arsenic, Dissertation; Paris, 1821. — *Bartholinus*, De pulmonum substantia et motu; Hafn., 1663. *Idem*, De insolitis partûs humani viis; Hafn., 1664. — *Barzelotti* Medicina legale; Pisa, 2 vol., 1819. — *Baumer*, Medicina forensis; Francof. et Lipsiæ, 1778. — *Bauzmann*, Wernünftiges urtheil von todtlichen wunden; Leipz., 1717: sur la léthalité des blessures. — *Bebel*, Dissertatio de bis mortuis; Ienæ, 1672. — *Becker*, Paradoxum medico-legale de submersorum morte, etc.; Giessæ Hassorum, 1704. — A. *Béclard*, Mémoire sur l'ostéose. N. J. de médecine. 1819. *Idem*, Mémoire sur les acéphales. Bulletins de la faculté de médecine; Paris, 1815. *Idem*, Consultation

DEUXIÈME LEÇON.

Des Rapports, des Certificats et des Consultations médico-légales.

Législation relative à ces actes. Le procureur du roi se fera accompagner au besoin d'une ou de deux personnes, présumées, par leur art ou profession, capables d'apprécier la

---

médico-légale sur une question de viabilité. Arch. de méd., tome 6ᵉ; 1824. — P.-H. *Béclard*, Embryologie ou Essai anatomique sur le fœtus humain, Dissertation; Paris, 1820. — *Behrens*, Medicus legalis; Helmst., 1698. — *Beier*, De eo quod justum est circa vulnera; Ienæ, 1701. — *Belloc*, Cours de médecine légale, 2ᵉ édition; Paris, 1811. — *Bene*, Elementa medicinæ forensis; Boudæ, 1811. — *Berger*, Essai physiologique sur la cause de l'asphyxie par submersion; Paris, 15 thermidor an 13 : Dissertation inaugurale. — J. *Bernt*, Système de médecine légale; Vienne, 1818. *Idem*, Supplément à la médecine légale, 3 vol.; Vienne, 1820. *Idem*, Programma quo nova pulmonum docimasia hydrostatica proponitur; Viennæ, 1821. — *Bertin*, Consultation sur une naissance tardive; Paris, 1763. — *Bertrand*, Manuel médico-légal des poisons ingérés, etc.; 1817. — *Biessy*, Aperçu général, etc.; Lyon, 1810. *Idem*, Manuel pratique de la médecine légale; Lyon, 1821. — *Billard*, Mémoire sur la chute du cordon ombilical chez l'homme, considérée sous le rapport physiologique et médico-légal. Archives de Médecine; 1826.—*Blanc Savé*, Sur les poisons animaux; 1805. — *Blegny*, La Doctrine des rapports en chirurgie; Lyon, 1684. — *Boehmer*, De legitima cadaveris occisi sectione; Halæ, 1747. — *Boer-*

nature et les circonstances du crime ou délit. (Code d'instruction criminelle, art. 43.)

---

neri, Institutiones medicinæ legalis; Vitem., 1756. — *Bohn*, De vulnerum renunciatione; Lips., 1689. *Idem*, Dissertationes medicinæ forensis, 1600 à 1692. *Idem*, De officio medici duplici, clinici et forensis, 1704. — *Bonnet*, Sur l'infanticide, Dissertation; Paris, 1821. — *Bouvart*, Consultation contre la légitimité des naissances prétendues tardives; 1765. *Idem*, Lettres pour servir de réponse à un écrit de M. Petit, sur le même sujet; Paris, 1769. — *Brendel*, Prælect. in Teichmeieri instit. med. leg. — *Breschet*, Mémoire sur l'*Ectopie de l'appareil de la circulation*; 1827. — *Briand*, Manuel de médecine légale; Paris, 1821. — *Brierre de Boismont*, Observations médico-légales sur la monomanie homicide; Paris, 1827. — *Brodie*, Further experiments on the action of poisons. *Philosophical Transactions*; 1812. — *Bruhier*, De l'incertitude des signes de la mort; Paris, 1740. — *Budæi*, Miscellanea medico-chirurgica practica et forensis; Leips., 1732. — *Buechner*, De signis mortis prognosticis; Halæ, 1747. — *Bulliard*, Histoire des plantes vénéneuses de la France; Paris. — *Burrows*, Sur les moules; Londres, 1815.

Camerarius, De venenorum indole; Tub., 1725. — *Camper*, Abh., von den kennzeichen des lebens und des todes bey neugebornen kundern; Franc., 1777 : sur l'infanticide. — *Capuron*, Médecine légale relative aux accouchemens; Paris, 1821. — *Carrez*, Sur l'infanticide, Dissertation; Paris, 1821. — *Cassan*, Recherches anatomiques et physiologiques sur les cas d'utérus double et de superfétation, Dissertation inaugurale; 1826. — *Causes célèbres*, par *Gayot de Pitaval*, par *Richer*, etc. — *Champeaux* et *Faissolle*, Expériences et observations sur la cause de la

S'il s'agit d'une mort violente ou d'une mort dont la cause soit inconnue ou suspecte, le procureur du roi se

---

mort des noyés; Lyon, 1768. — *Chaussier*, Consultation médico-légale sur une accusation d'infanticide; Dijon, 1786. *Idem*, sur l'acide hydrosulfurique; 1802. *Idem*, Observations chirurgico-légales; Dijon, 1790. *Idem*, Consultations médico-légales sur l'empoisonnement par le sublimé corrosif, l'arsenic, etc.; 1811 et 1819. *Idem*, Discours prononcé à la Maternité, etc.; Paris, 1808. *Idem*, Tableaux synoptiques sur l'ouverture des cadavres, sur les phénomènes cadavériques, sur les blessures. *Idem*, plusieurs observations de perforations spontanées. *Idem*, Recueil de Mémoires, Consultations et Rapports sur divers objets de médecine légale; Paris, 1824. *Idem*, Mémoire médico-légal sur la viabilité de l'enfant naissant, 1826. — *Chevallier*, Sur les ciguës indigènes, Dissertation; Paris, 1821. — *Clauderi* Praxis medico-legalis; Altenb., 1736. — *Coleman*, Dissertation sur la submersion, l'étranglement et la suffocation; Londres, 1791. — *Coulon*, Recherches sur l'acide hydrocyanique; Paris, 1819. — *Crassus*, Mortis repentinæ examen; Mutulæ, 1612. — *Croeser*, Kort ontwerp, verwattende de war vorzaetz der eerste ademing; Groning, 1740 : sur la docimasie pulmonaire.

Daniel, Sammlung medicinischer Gutachten; Leipsick, 1776. — *Deguise*, *Dupuy* et *Leuret*, sur l'acétate de morphine; Paris, 1824. — *Dehaen*, Ratio medendi : sur plusieurs objets. — *De Pré*, De vulnerum lethalitate; Erfurt, 1726. — *Desbarreaux Bernard*, Sur les perforations spontanées, Dissertation; Paris, 1825. — *Desgranges*, Mémoire sur les secours à donner aux noyés; Lyon, 1790, etc. — *Deslandes*, sur la Suspension, Revue médicale, 1824. — *Désortiaux*, Des signes de l'infanticide, 1803. — *Des-*

fera assister d'un ou de deux *officiers de santé*, qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre.

---

portes, Dissertation sur la noix vomique; Paris, 1808. *Idem*, sur l'acétate de morphine, 1824. — *Detharding*, De cautione medici circa casus infanticidiorum; Rost., 1754. *Idem*, Lettre sur la submersion, en 1774, consignée dans les Disp. chir. de Alb. Haller, tome II, page 429-440. — *Devaux*, L'art de faire les rapports en chirurgie; Paris, 1703. — *Drouard*, Dissertation sur l'empoisonnement par l'oxyde de cuivre; Paris, 1802. — *Dunal*, Histoire naturelle des solanum, 1813. — *Dupuy*, Sur les naissances tardives, Dissertation; Paris, 1820. — *Duval*, Dissertation sur la Toxicologie; Paris, 1806.

Eisenstein, Dissertatio exhibens observationes docimasiam pulmonum hydrostaticam illustrantes; Viennæ, 1824. — *Emmert*, Dissertatio de venenatis acidi borussici effectibus; Tubingæ, 1805. *Idem*, De effectu venenorum americanorum; Tubingæ, 1817. — *Eschenbach*, Medicina legalis; Rostoch, 1746. — *Esquirol*, Mémoire sur la strangulation; *Archives générales de Médecine*; janvier, 1823. — *Ettmuller*, De veneno, 1729. — *Ewaldt*, An fœtus humanus vivus vel mortuus natus sit; Regiom., 1711.

Fahner, Vollstœndiges, system der gerichtlichen arzneykunde; Stendal, 1795-1800. — *Falret*, De l'hypocondrie et du suicide; Paris, 1822. — *Faselii*, Elementa medicinæ forensis; Ienæ, 1767. — *Faure*, Mort causée par quelques poisons; 1810. — *Favre*, De la sophistication des substances médicamenteuses; Paris, 1812. — *Ferry*, Sur les signes de la mort, Dissertation; Paris, 1819. — *Fine*, De la submersion, ou Recherches sur l'asphyxie des noyés; Paris, an 8. — *Fischer*, Mémoire sur l'arsenic : dans le *Journal de Schweigger*, vol. VI, cahier 1. — *Fodéré*, Traité de mé-

Les personnes appelées dans le cas du présent article et de l'article précédent prêteront, devant le procureur du

---

decine légale et d'hygiène publique; 6 vol.; Paris, 1813. *Idem*, Leçons sur les épidémies et l'hygiène publique; 3 vol., 1823. — *Fontana*, Ricerche filos. sopra la fisica animale. *Idem*, Expériences sur le venin de la vipère, etc.; Florence, 1781. — *Fourcade Prunet*, Sur l'oxyde blanc d'arsenic, Dissertation; Paris, 1821. — *Frank*, Manuel de toxicologie : traduction d'Anvers, 1803. *Idem*, Système de police médicale : traduction de Milan, 1807; 11 vol. — *Fritsch* und *J. C. Wolffs*, Seltsame medic. und physikalische, geschicten; Leypsich, 1736-40, in-4°. — *Fursteneau*, Specimina medicinæ forensis; Rint, 1752, in-4.

Gardanne, Recherches sur la mort des noyés, etc.; 1778. *Idem*, Catéchisme sur les morts apparentes; Paris, 1781. — *Garmannus*, De miraculis mortuorum; Lipsiæ, 1687. — *Gasc*, Mémoire sur les signes propres à faire connaître avant la naissance si le fœtus est mort ou vivant. *Journal général de médecine*, 1826. — *Gaspard*, Sur les matières putréfiées. *Journal de Physiologie expérimentale*; 1823. — *Gassendii* Opera; Lugd., 1658; sur la virginité. — *Geelhausen*, De pulmonibus neonatorum supernatantibus, etc.; Prag, 1723. — *Gendry*, d'Angers, Traité des rapports; 1650. — *Georget*, Discussion médico-légale sur la folie. Archives générales de Médecine, tomes 8, 10, 11 et 12, années 1825 et 1826. — *Gérard*, Mémoire sur les perforations spontanées de l'estomac; 1803. — *Gerike*, De necessaria vulnerum inspectione post occisum hominem, Helmst., 1737. *Id.*, De renunciatione vulnerum; Helmst., 1731. — *Gmelin*, De materia toxicorum hominis vegetabilium, etc.; Tubing., 1765. — C. G. *Gmelin*, Expériences

roi, le serment de faire leur rapport et de donner leur avis en leur honneur et conscience. (*Ibid*, art. 44.)

---

ayant pour objet de déterminer les effets sur l'économie animale de la baryte, de la strontiane, du chrome, du molybdène, etc.; Tubing, 1824.—*Godemer*, Sur les poisons végétaux; 1805. —*Goelicke*, Medicina forensis; Franc. ad V., 1723. *Idem*, De pulmonum infantis natatu indicio infallibili eum vivum vel mortuum natum esse; Franc., 1730.— *Gombault*, Sur les érosions et perforations de l'estomac, Dissertation; Paris, 1821. — *Goodwyn*, Mémoire sur la cause de l'asphyxie par submersion, etc., 1788 : trad. par Hallé. — *Grognier*, Compte rendu des travaux de la société de médecine de Lyon, sur les poisons; années 1810 et suivantes. — *Guérin de Mamers*, Toxicologie; Paris, 1826. — *Guillemeau*, L'abus sur les procédures de l'impuissance; in-8.

Hahnemann, Ueber die arsenik vergiftung; Leyps, 1786 : sur l'arsenic. — *Haller*, Opuscules pathologiques et élémens de physiologie : sur plusieurs objets. — *Haracque*, Sur la viabilité, Dissertation; août 1820. — *Harvey*, Exercitationes de generatione animalium; Lugd. Bat., 1639.— *Hebenstreit*, Anthropologia forensis; Lips., 1753. — *Heister*, De pulmonum innatatione, certo infanticidii signo; Helm., 1722. *Idem*, De medico a sectione cadaveris non excludendo; Helm., 1749. — *Henke*, Dissertations sur la médecine légale; 4 volumes in-8; Bamberg, 1815 à 1820. *Idem*, Traité de médecine légale à l'usage des professeurs et des médecins légistes; Berlin, 1821. — *Hermann*, Sammlung auserlesener responsorum über dubiose und merkwusdiger casus; Iéna, 1733 à 1740. — *Herzog*, Sammlung responsorum juris criminalis welche von den beruhmtesten jurist. und medicinischen, etc.; Hamb.,

Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soup-

---

1746. —*Hoffmann*, De veneni accusatione; Halæ, 1736. *Idem*, Opera, tom. 1. Consult. et Respons. med. centur. 1. casus 82 : sur les blessures. — *Hooguliet*, Konst van onden te Schouwen en van, etc.; Amst., 1732 : sur la léthalité des blessures. — *Hotman*, Traité de la dissolution du mariage, etc.; Paris, 1595. — *Huard*, Dissertation inaugurale sur les blessures; Paris, 1819. — *Hunter*, sur la Submersion : *Philosophical transactions*, 1776; et sur l'infanticide.

Jahan, sur les poisons animaux, 1804. — *Jæger*, Diss. de effectibus arsenici in varios organismos; Tub., 1808. — *Jouen*, sur l'infanticide, Dissertation; Paris, 1821.

Kannegiesseri Institutiones medicinæ legalis; Halæ Magdeburgicæ, 1768. — *Keck*, Ah aus der prakt, etc., Berlin, 1787. — *Kergaradec*, Mémoire sur l'auscultation appliquée à la grossesse; Paris, 1822. — *Kerner*, Empoisonnement par les boudins fumés; Tubingue, 1820. — *Klose*, Système de physique médico-judiciaire; Breslau, 1814. — *Knape*, Kritische Jahrbücher, etc.; Berlin, 1806. — *Kopp*, Jahrbüch der staatsarzneykfunde; Frank. a. M., 1808-1812. — *Krapf*, Experimenta de ranunculosæ nonnullorum venenata qualitate; Vindob., 1766. — *Kuehn* Sammlung medicinischer gutachten; Breslau, 1791.

Lachèze, De la duplicité monstrueuse par inclusion, Dissertation inaugurale; Paris, 1823. — *Lafosse*, Encyclopédie méthodique : presque tous les articles de médecine politique. *Idem*, Causes célèbres : sur la mort. — *Laisné*, Considérations sur les perforations spontanées de l'estomac, Dissert.; Paris, 1819. — *Lair*, Essai sur les combus-

çonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un *docteur en médecine* ou en *chi-*

---

tions humaines; Paris, 1808. — *Lamarre*, Sur les poisons minéraux, 1805. — *Lancisi*, de Morte subita; Lib. 1, cap. 15. — *Larroche*, Monstruosités de la face, Dissertation inaugurale; Paris, 1823. — *Lassaigne*, Sur l'acétate de morphine et sur l'acide hydrocyanique, Annales de phys. et de chim., 1824, et J. de ch. méd., 1826. — *Lavort*, Dissertation sur le sublimé corrosif; Paris, 1802. — *Lecieux*, Diss. inaugurale sur l'infanticide; Paris, 1811. — *Lemaistre*, Analyse des poisons, Dissertation; Paris, 1822. — *Leroux de Rennes*, Question chirurgico-légale sur un accouchement laborieux; 1826. — *Letellier*, Dissertation sur les propriétés alimentaires, médicales et vénéneuses des champignons qui croissent aux environs de Paris; 1826. —*Leyser*, De veneficio; Viteb, 1739. — *Licetus*, De monstris causis, natura, etc.; Amst., 1669. — *Littre*, Sur la submersion, *Hist. de l'Académie royale des Sciences*; 1719. — *Loder*, Journal für die Chirurgie. U. gerichtliche arzney kunde; Iéna, 1797 et suiv. — *Loewe*, Theatrum medico-chirurgicum; Norimbg, 1725. — *Lorry*, Question de survie, dans les Causes célèbres de *Richer*; 1752. — *Louis*, Œuvres diverses de chirurgie, contenant des lettres sur la certitude des signes de la mort, sur les naissances tardives, sur la submersion, sur la suspension, etc.; à Paris, 1768. *Idem*, dans les Causes célèbres de *Richer*, années 1763 et 1764.—*Ludwig*, Institutiones medicinæ forensis; Lips., 1765.

Magendie, Mémoire sur l'absorption, sur l'émétique, etc.; Paris, 1809 et 1813. *Idem*, Sur les matières putréfiées *J. de Physiologie*, 1823. — *Mahon*, Médecine légale et Police médicale; Paris, 1811. — *Mangold*, De vul-

rurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre, et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignemens

---

nere lethali; Rint, 1701. — *Marc*, Mémoire sur la submersion et sur la docimasie pulmonaire. *Voy.* Manuel de Rose; Paris, 1808. *Idem*, plusieurs articles des dict. de Médecine. — G. H. *Masius*, Traité de médecine légale, à l'usage des jurisconsultes; Rostoch, 1812, 2[e] édit. in-8. — *Masson*, Considérations générales sur les naissances tardives, 1802. — *Mauchart*, De inspectione et sectione legali. — *Mead's* Mechanical account of poisons; Lond., 1702. — *Meckel*, (Albrecht.) Dissertations sur la médecine légale; Halle, 1808 à 1820. — *Menghin*, De incertitudine signorum vitæ et mortis. *Idem*, De signis vitæ et mortis neonatorum; Vindobonæ, 1768. — *Merat*, Sur la colique des peintres; Paris, 1812. — *Metzger*, Kurzgefasstes System der gerichtlichen arzneywissenschaft; Kœnisberg, 1805. *Idem*, Annalen der staatsarzneykunde; Züllichau, 1780. *Idem*, Materialien fur die staatsarzneykunde; Kœnisberg, 1792. *Idem*, Système abrégé de médecine légale; 5[e] édition, publiée par *Remer*; Kœnisberg, 1820. — *Moiseau*, Dissertation sur les animaux venimeux de la Vendée, 1803. — *Montgarny*, Dissertat. sur la toxicologie; Paris, 1818. — *Montmahou*, Considérations médico-légales sur une accusation d'empoisonnement par l'acétate de morphine, 1823. — *Morgagni*, De sedibus et causis morborum, 1762 : sur plusieurs sujets. — *Muller*, Entwurf der gerichtlichen arzneywissenschaft; Frankf., 1795.

Navier, Contre-poisons de l'arsenic, etc., 1777. — *Nebel*, De signis intoxicationis; Heid., 1733. — *Nysten*, Recherches de physiologie et de chimie; Paris, 1811.

Odier, Sur l'asphyxie : traduction libre des ouvrages de

qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance, et domicile de la personne décédée. (Code civil, art. 81 (1).)

Curry, *Goodwyn*, *Menzies* et *Coleman*; Genève.— *Olivaud*, Sur l'infanticide, 1801. — *Ollivier d'Angers*, Sur le cyanure de mercure. Journal de Ch. médicale, 1825. — *Orfila*, Toxicologie générale; 3e édition; 1826. *Idem*, Leçons de médecine légale; 1827. *Idem*, Mémoire sur un nouveau procédé propre à faire découvrir la plupart des poisons minéraux mêlés avec des liquides colorés. V. Journal de Médecine, 1820. — *Idem*, Affaire d'empoisonnement portée devant la cour d'assises du département de l'Aube. Archives de Médecine, 1825. *Idem*, Consultation médico-légale sur une question de viabilité. Archives générales de médecine, t. 6, 1824.

Pallas, Classification des poisons. Dissertation, Paris, 1822. — *Parmeonis*, Sammlung verschiedener casuum medico-chirurgico-forensium; Ulm, 1746. — *Paulet*, Traité des champignons; Paris, 1793. *Idem*, Sur la vipère de Fontainebleau, 1805. — *Pelletan*, Clinique chirurgicale; Paris, 1820. — *Petit*, Recueil de pièces relatives à la question des naissances tardives; Paris, 1766. — *Piorry*, Dan-

(1) On remarquera sans doute que le titre de *docteur* est exigé dans cet article, tandis que l'art. 44 du Code d'instruction criminelle autorise les *officiers de santé* à faire des rapports. Il est probable que sous ce dernier titre, le législateur a voulu seulement désigner les docteurs en médecine et en chirurgie. Il n'est pas fait mention non plus dans l'art. 81 du Code civil, de la *prestation* du serment exigée par l'article 44 du Code d'instruction criminelle; apparemment qu'on l'a jugée inutile, dès que le rapporteur est obligé de répéter de vive voix dans la séance où la cause est jugée, les faits et les conclusions consignés dans le rapport, et qu'alors il est tenu de prêter serment.

Tout individu atteint d'une infirmité grave et *dûment justifiée* est dispensé de la tutelle. Il pourra même s'en faire

---

tur-ne mortis a submersione certa signa; 1826. — *Plenk*, Toxicologia; Viennæ, 1785. *Idem*, Medicina forensis; Viennæ, 1781. — *Plisson*, Essai sur les asphyxies; Paris, 1826. — *Ploucquet*, Abh. der gealtsame Todesarten; Tubingue, 1788 : Sur la docimasie pulmonaire. *Idem*, Comment. med. in processus criminales. *Idem*, Dissertation sur la mort; Tub., 1786. — *Pouteau*, Œuvres posthumes : sur les naissances tardives, sur la submersion; Paris, 1803. — *Prévost*, Principes de jurisprudence sur les visites et rapports judiciaires; Paris, 1753. — *Prunelle*, Discours sur la médecine politique, prononcé à Montpellier, en 1814. — *Pyl*, Aufsætze und beobachtungen ausder gerichtliche arzneywissenschaft; Berlin, 1783-93. *Idem*, Neues magasin für die gerichtliche arzneykunde und medicinische, polizey; Stendal, 1786-88.

Questier, Medica decisio de naturalibus et legitimis matrimonii dissolvendi causis; Rothomagi, 1660.

Raige Delorme, Empoisonnement par les substances corrosives. Dissertation; Paris, 1819. — *Rapp*, Dissertatio inauguralis circa methodos varios veneficium arsenicale detegendi; Tubingæ, 1817. — *Rayger*, Misc. nat. curios.; an VI, obs. 202 : sur le fœtus mort dans la matrice. — *Redi*, Osservazioni intorno alle vipere; Napoli, 1687. — *Remer*, Lehrbuch, polizeyl gerichtlichen chemie; Leips., 1812 : traduit par MM. Vogel et Bouillon-Lagrange. — *Renard*, Dissertation inaugurale sur l'ouverture des corps; Paris, 1814. — *Renault*, Expériences sur les contre-poisons de l'arsenic; Paris, an x. — *Richteri*, Digesta medica seu Decisiones medico forenses; Leips., 1731. — *Rieux*, Dissert. inaug.

décharger si cette infirmité est survenue depuis sa nomination. (Code civil, art. 434.)

---

sur l'écchymose; Paris, 1814. — *Ristelhueber*, Rapports et consultations de médecine légale; Paris, 1821. — *Robinet*, Nouveau moyen pour découvrir la morphine. *Journal de chimie médicale*, 1825. — *Roloff*, Mémoire sur l'arsenic. *Journal de Schweigger;* Bd. 7, Heft 4. — *Rose*, Manuel d'autopsie cadavérique : traduction française; Paris, 1808. *Idem*, Mémoire sur l'arsenic : dans le Journal de Physique de *Gehlen;* Bd. 11, S. 665. — *Rosenstengel*, Introductio in praxim clinicam et forensem; Francof., 1717. — *Russel*, An account of indian serpents, etc.; Londres, 1796.

Sainte-Marie, Précis élémentaire de police médicale; Paris, 1824. — *Sallin*, Recueil de la Société de Médecine, t. 7, Ancien journal de médecine, t. 53 : sur les poisons. — *Salverte*, Rapports de la médecine avec la politique, 1816. — *Schabel*, Dissertatio de effectibus veratri albi et hellebori nigri; Tubingæ, 1817. — *Schæpffer*, De pulmonum infantis natante; Rost., 1705. — *Scherf*, Archiv. der medicinischen polizey; Leipz. 1783. — *Schlegel*, Materialien für die staatsarzney wissenschaft; Iena, 1800-1809. *Idem*, Collectio opusculorum selectorum ad medicinam forensem spectantium; Lipsiæ, 1785-1791. — *Schmidtmuller*, Handbuch der staatsarzneykunde; Landshut, 1804. — *Schmitt*, Ueber die lungen probe; Wien. — *Schnell*, Dissertatio sistens historiam veneni upas antiar; Tubingæ, 1815. — *Schulze*, An umbilici deligatio in nuper natis absoute necessaria? Halæ, 1733. — *Schweickard*, Medicinische-gerichtliche beobachtungen; Strasb., 1789. — *Scribonius*, De sagarum natura et potestate; Helmst., 1584. —

Tout juré qui ne se sera pas rendu à son poste sur la citation qui lui aura été notifiée sera condamné, par la cour d'assises, à une amende. (Code d'instr. crim., art. 396).

Sebiz, De notis virginitatis; Argent., 1630. — *Idem*, Examen vulnerum prout lethalia sunt, etc.; Argentor., 1638. — *Senac*, Sur la submersion. *Hist. de l'Acad. royale des Sciences*; 1726. — *Sev. Pinæi*, Opusc. phys. tractans notas integritatis et corruptionis virginum; Paris, 1598. — *Sikora*, Conspectus medicinæ legalis; Pragæ, 1780. — *Smith*, Dissertation sur l'usage et l'abus des caustiques; Paris, 1815. — *Sprœgel*, Experimenta circa varia venena; Goettingue, 1753. — *Sprengel*, Medicina forensis; Mediolani, 1817. — *Stadler*, Dissertatio de venenis fossilibus; Viennæ, 1779. — *Stahl*, De vulnerum lethalitate; Halæ, 1703. — *Stenzel*, De venenis terminatis et temporaneis; Viteb., 1730. — *Stoll*, Sur les blessures. *Voy.* Ratio medendi, t. 6 : Quædam ad med. forens pernitentia. — *Strecker*, De fide et legalitate medici in investiganda vulnerum lethalitate; Erf., 1735. — *Swammerdam*, Tract. de respiratione et usu pulmonum; Lugd. Bat., 1677.

Tagereau, Discours sur l'impuissance de l'homme, etc.; Paris, 1611. — *Tartra*, De l'empoisonnement par l'acid nitrique; Paris, an x. — *Teichmeyeri* Institutiones medicinæ legalis; Ienæ, 1722. — *Tessier*, Mémoire sur les naissances tardives. *Académie des Sciences*. — *Thruston*, De respirationis usu primario. — *Tortosa*, Instituzione di medicina forense; Vicenza, 1809. — Traité complet de médecine légale, à l'usage des législateurs, des jurisconsultes et des médecins; Leipsick, 1821. — *Troppaneger*, Decisiones medico-forenses; Dresden, 1733. — *Trousseau* Des lividités cadavériques du canal digestif, Dissertation;

Seront exceptés ceux qui *justifieront* qu'ils étaient dans l'impossibilité de se rendre au jour indiqué. (*Ib.*, art. 397.)

Toute personne citée pour être entendue en témoi-

Paris, 1825. — *Trousseau* et *Rigot*, Recherches microscopiques sur quelques altérations que subissent après la mort les vaisseaux sanguins, etc. Archives générales de médecine, 1826.

Uden, Magazin für die gerichtlichen arzneykunde und medicinische polizey; Stendal, 1782-84.

Valentini, Pandectæ medico-legales; Francof., 1701. *Idem*, Novellæ medico-legales; Francof., 1711. *Idem*, Corpus juris medico-legale; 1722. — *Van Hoorn*, Forta bref om siunkande och drifwande lungen; Holm., 1718. — *Varnier*, Sur la submersion. *Mém. de la Soc. roy de méd.*, 1779. — *Vassal*, Considérat. sur l'acétate de morphine; Paris, 1824. — *Vater*, De signis infanticidii; Vit., 1722. — *Verdier*, Essai sur la jurisprudence de la médecine; Alençon, 1763. — *Vicat*, Histoire des plantes vénéneuses de la Suisse; Yverdon, 1776. — *Vicq-d'Azyr*, Essai sur le danger des sépultures; Paris, 1778. — *Vierius*, De prestigiis dæmonum et incantationibus; Basil., 1568. — *Vigné*, De la médecine légale. — *Villette*, Sur le suicide, Dissertat.; Paris, 1825. — *Vogel*, De partu scrotino, valde dubio; Gott., 1764.

Wagner, De signis veneno interfectorum; Regiom, 1707. — *Waldschmidii* Ephemer. medic., physic., natural., cur., ann. 1687 : sur la submersion. — *Walter*, Sur la submersion. *Nouv. Mém. de l'Acad. roy. des sciences et belles-lettres de Berlin*; 1782. — *Weiss*, Des accidens qui ont été la suite de l'ingestion des saucisses gâtées; Carlsruche, 1824. — *Welschii* Rationale vulnerum lethalium judicium; 1660. — *Wepfer*, De cicuta aquatica; 1716. —

gnage sera tenue de comparaître et de satisfaire à la citation, etc. (*Ibid.*, art. 80.)

Le témoin, ainsi condamné à l'amende sur le premier défaut, et qui, sur la seconde citation, produira devant le juge d'instruction des *excuses légitimes*, pourra, sur les conclusions du procureur du roi, être déchargé de l'amende. (*Ibid.*, art. 81.)

Si le témoin *justifie* qu'il n'a pu se présenter au jour indiqué, le juge-commissaire le déchargera, après sa déposition, de l'amende et des frais de réassignation. (Code de procédure civile, art. 265.)

Si le témoin auprès duquel le juge se sera transporté n'était pas dans l'impossibilité de comparaître sur la citation qui lui aurait été donnée, le juge décernera un mandat de

---

Westerhoff, De cadavere auctoritate publica lustrando; Lugd. Bat., 1738. — *Wildberg*, Handbuch der gerichtl, Arzney Wissenschaft; Manuel de médecine légale, in-8; Berlin, 1812. — *Winslow*, Dissert., an mortis incerta signa, etc.; Paris, 1740. — *Wolfart*, Tract. de infanticidio doloso; Francof., 1750.

Zacchias, Questiones medico-legales; Francof., 1688, in-fol. — *Zébisch*, Dissertatio exhibens observationes docimasiam pulmonum illustrantes; Viennæ, 1825. — *Zelleri* De vita humana et fune pendente; Tub., 1692. — *Zitmanni* Medicina forensis; Francof., 1706.

Nous pourrions ajouter encore plusieurs autres ouvrages ayant des rapports avec quelques-unes des branches de la médecine légale; mais nous préférons renvoyer le lecteur aux traités de *Baldinger*, et surtout de *Ploucquet*, où il trouvera l'indication détaillée de tout ce qui a été écrit d'important sur cette science.

dépôt contre le témoin et l'*officier de santé* qui aura délivré le certificat. (Code d'instruct. crim., art. 86.)

Tout médecin, chirurgien, ou autre officier de santé qui pour favoriser quelqu'un certifiera faussement des maladies ou infirmités propres à dispenser d'un service public, sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans. S'il y a été mu par dons ou promesses il sera puni du bannissement. Les corrupteurs seront en ce cas punis de la même peine. (Code pénal, art. 160.)

Des Rapports.

On donne le nom de *rapport* (relation, récit d'nne chose) à un acte *dressé par ordre de l'autorité*, renfermant l'exposition d'un ou de plusieurs faits, et les conclusions qui en découlent. Au lieu de distinguer comme autrefois des rapports *dénonciatifs*, *provisoires* et *mixtes*, on admet aujourd'hui des rapports *judiciaires*, *administratifs* et *d'estimation*. Ces dénominations, qui n'ont pas besoin de commentaire, expliquent parfaitement l'objet de chacun de ces actes. Il ne sera pas inutile avant de les examiner en particulier d'établir un certain nombre de préceptes que les gens de l'art ne devraient jamais perdre de vue.

1° Le premier devoir du médecin, dit Devaux, est de faire les rapports dans un esprit d'équité et d'intégrité qui soit à toute épreuve, de manière qu'elles ne puissent être ébranlées par les offres les plus avantageuses, ni séduites par les prières de ses proches, et qu'elles le rendent sourd et insensible aux instances de ses amis, aux sollicitations des personnes puissantes, et de tous ceux à qui il est redevable des bienfaits les

plus insignes. Il devrait être juge indépendant de ses travaux judiciaires et ne pas avoir la faculté de prodiguer d'autres soins au plaignant que ceux qu'il serait absolument nécessaire de donner dans le premier moment d'une blessure, d'une maladie, etc. Une loi qui fixerait ainsi les attributions du rapporteur offrirait des avantages que le docteur Biessy nous paraît avoir suffisamment appréciés; la justice et l'accusé trouveraient dans le médecin-rapporteur un homme désintéressé, propre à les éclairer sur la marche du traitement et sur les causes accidentelles ou provoquées qui en prolongent la durée; et en supposant que la méthode curative employée fût l'objet de la censure de l'accusé, le rapport ne pourrait jamais être annulé; inconvénient grave que l'on ne pourrait pas éviter dans le cas où la même personne serait chargée d'éclairer les magistrats et de soigner les malades. (*Biessy*, Manuel pratique de la médecine légale, année 1821.)

2° On doit se transporter au lieu désigné par l'autorité immédiatement après avoir été requis; en effet, qu'il s'agisse d'une blessure, d'un empoisonnement, de l'asphyxie par submersion, etc., on court risque, en différant la visite de quelques heures seulement, de ne plus pouvoir constater le délit; on perd souvent les moyens d'établir l'identité d'un individu, parce que la putréfaction a exercé de tels ravages que les formes sont méconnaissables, etc.

3° La visite et la reconnaissance des lieux et des objets qui s'y trouvent ne doivent être faites qu'en présence du magistrat ou du commissaire délégué; par ce moyen l'intention de la justice ne sera jamais trompée,

et les faits qui auront été recueillis seront toujours exacts. Ne serait-il pas convenable, comme l'a proposé M. Chaussier, que le magistrat se fît accompagner par un médecin qui surveillerait en quelque sorte les opérations du rapporteur, et qui serait considéré comme un témoin aussi éclairé que possible? Nous savons en effet que lorsqu'il s'agit d'ouvrir un cadavre, les agens de l'autorité se tiennent souvent à l'écart, et quand même ils vaincraient la répugnance que fait naître la dissection, ils sont trop étrangers à l'étude de l'anatomie et de la chirurgie pour distinguer une section accidentelle faite par l'inattention de celui qui opère.

4° Le rapporteur ne peut se passer, dans beaucoup de circonstances, d'un ou de plusieurs aides; mais il aurait tort de leur confier exclusivement l'examen de l'individu sur lequel il doit prononcer; des recherches aussi délicates ne sauraient être livrées à des personnes peu versées dans l'étude de l'art : celui qui signera le rapport a dû chercher et voir par lui-même ce qu'il dira avoir observé.

5° S'il s'agit de l'examen d'un cadavre, on commencera par observer attentivement les vêtemens et les matières qui l'enveloppent; sont-ils salis par du sang, par des mucosités, par la matière d'un écoulement purulent ou syphilitique, par de la boue, de la poussière, ou bien sont-ils déchirés, coupés, etc. : des renseignemens de cette nature ne peuvent être que fort utiles lorsque la mort est la suite d'une blessure, du viol, de l'avortement, etc. Après avoir déshabillé le cadavre avec précaution, on tiendra compte des taches de sang ou de

tout autre fluide qui pourront s'observer à la surface du corps; on le lavera, et on cherchera à reconnaître l'individu par les moyens dont il sera fait mention à l'article *identité*. Toutes les fois qu'une personne a été trouvée morte, dit le docteur Biessy, et qu'on est parvenu à la reconnaître, on a bientôt découvert également les circonstances précises de sa mort; et si celle-ci a été l'effet d'une cause criminelle, on est promptement remonté jusqu'aux auteurs de ce crime. Avant de procéder à l'ouverture du corps, on s'assurera que la mort n'est pas apparente, mais bien réelle; il faudra même déterminer approximativement l'époque à laquelle l'individu a cessé de vivre, en ayant égard à la température du corps, à la rigidité ou à la flexibilité des membres, à l'état de putréfaction plus ou moins avancé, etc. (*Voy.* Mort.)

6° Si la personne est vivante, après avoir fait sur les vêtemens et les lieux les recherches dont il vient d'être parlé, on constatera rigoureusement l'état des organes extérieurs, la manière dont s'exercent les diverses fonctions, et on adressera à l'individu les questions que l'on croira les plus propres à découvrir la vérité. Ces questions ne sauraient être indiquées d'une manière générale, parce qu'elles doivent varier dans un cas d'empoisonnement, de blessure, d'accouchement, de maladie simulée, etc. Il faudra toutefois être sur ses gardes pour ne pas être induit en erreur par des contorsions, des convulsions, des ecchymoses, des tumeurs et d'autres maladies feintes. Nous indiquerons, en parlant des règles de l'*examen médico-légal des blessures*, une foule de particularités relatives à ce

genre de lésion; et dont il sera nécessaire de tenir compte.

7° On s'attachera à découvrir le corps du délit : la présence d'une arme à feu ou de tout autre instrument piquant ou contondant, de linges ensanglantés, de substances réputées *abortives*, de matières vénéneuses recélées dans une armoire ou dans les poches de l'individu; les liquides vomis ou rejetés par les selles; l'existence d'un fœtus ou du délivre dans la chambre, dans les fosses d'aisance, etc., sont autant d'objets sur lesquels il faut porter toute son attention, par les lumières qu'ils peuvent fournir, comme nous l'établirons en traitant des blessures, de l'empoisonnement, de l'avortement, de l'infanticide, etc. Mais on aurait tort de borner là les recherches : on devra visiter soigneusement l'auteur présumé du crime, toutes les fois qu'il y aura possibilité de le faire. Dans certains cas on trouvera sur lui ou dans son appartement des substances vénéneuses de la même nature que celles qui ont occasioné les accidens; les vêtemens, les mains ou toute autre partie de la surface du corps de l'aggresseur soupçonné seront peut-être teints de sang; on découvrira quelquefois qu'il est atteint d'une maladie syphilitique, ce qui pourra éclairer singulièrement dans une question de viol, etc.

8° On éloignera du lieu de la visite toutes les personnes qu'il n'est pas nécessaire d'y admettre. Le médecin et le chirurgien, dit Rose (Manuel d'autopsie cadavérique), regarderont comme une obligation sacrée de ne parler, dans aucun cas, du résultat de leurs recherches à d'autres personnes qu'à celles requises par la

justice. L'indiscrétion, qui en général est incompatible avec les devoirs et la dignité de l'art de guérir, peut surtout compromettre la responsabilité du médecin; elle a même souvent donné lieu à l'impunité du crime et à la persécution de l'innocence.

9° Le rapport doit toujours être écrit en totalité ou en grande partie sur le lieu même de la visite : en totalité, lorsque l'affaire n'est point compliquée et que les conclusions à déduire des faits observés sont d'une évidence frappante. S'il n'en est pas ainsi, ou bien s'il est nécessaire de se transporter dans un laboratoire de chimie pour analyser des matières suspectes, on doit rédiger sur les lieux mêmes tout ce qui est le résultat de l'observation, sauf à tirer plus tard les conséquences qui doivent terminer le rapport. Le médecin trouve toujours quelque prétexte spécieux pour se soustraire à cette règle, dit M. Chaussier; tantôt il a des affaires urgentes; d'autres fois il allègue le besoin de la méditation pour rédiger les faits, les rapprocher, en tirer des conséquences; ainsi presque toujours il s'en rapporte à la fidélité de sa mémoire ou à quelques notes fugitives prises avec précipitation. Sans doute il est des circonstances qui exigent la méditation dans le silence du cabinet, mais l'exposition des faits, qui constitue la majeure partie du rapport, ne demande que de l'attention; la méditation ne peut rien y ajouter ou en retrancher; il suffit de les décrire avec clarté et avec précision. Cette partie du rapport doit être remplie sur-le-champ; car si quelqu'article échappait ou paraissait douteux, on est sur les lieux, on peut le vérifier aussitôt : ce travail, une fois terminé, sera lu et signé par le rapporteur et

par le magistrat. Pour ce qui concerne les conclusions, comme elles exigent quelquefois des réflexions particulières, on peut, sans inconvénient, laisser au médecin la liberté de les rédiger dans le silence du cabinet, et de les ajouter à la suite de l'exposition et de la description déjà signées. (Observations chirurgico-légales sur un point important de la jurisprudence criminelle, p. 41, année 1790.)

10° Le rapport doit être rédigé en termes clairs et précis; il faut éviter avec soin les expressions équivoques, les mots barbares et scolastiques, les raisonnemens et les discussions scientifiques; en un mot on doit ne rien dire de superflu, ne rien omettre de ce qui est utile. Croirait-on, dit Devaux, qu'il y a eu des chirurgiens assez extravagans pour tracer des figures géométriques dans leurs rapports, et assez peu sensés pour s'imaginer qu'ils se rendraient recommandables aux juges en leur faisant voir qu'ils pouvaient démontrer géométriquement l'effet des forces mouvantes et la pesanteur des corps liquides?

11° L'homme de l'art ne peut pas refuser de donner un rapport. MM. Fodéré, Biessy et quelques autres auteurs de médécine légale ont émis une opinion contraire. « La putréfaction, disent-ils, est tellement avancée dans certains cas qu'il deviendrait inutile de procéder à l'examen du cadavre, dont l'ouverture pourrait être nuisible à la santé; d'ailleurs il est des circonstances où la visite est ordonnée trop tard pour qu'elle puisse être de quelque utilité. Quel avantage tirera-t-on, par exemple, de l'inspection d'une femme que l'on dit être accouchée, passé le dixième jour? » Il est aisé

de voir que de pareils motifs ne peuvent pas avoir été allégués sérieusement. Combien n'y a-t-il pas de substances vénéneuses dont on peut démontrer la présence, lors même que la décomposition putride a déjà fait les plus grands progrès? (*Voyez* Empoisonnement.) La science ne possède-t-elle pas des moyens de désinfecter les cadavres pourris de manière à ce que les émanations qu'ils exhalent soient promptement détruites? (*Voyez* Mort, art. *Ouverture des corps*.) Comment admettre enfin qu'un médecin puisse refuser son ministère dans une question d'accouchement, d'avortement, de viol, etc., parce qu'il est mandé quelques jours après le terme où dans la plupart des cas on n'aperçoit plus de traces certaines du fait? Tout ce qui tient à la vie échappe à des calculs mathématiques rigoureux: les termes dont nous parlons ont été fixés par les gens de l'art pour la généralité des cas; mais il est évident qu'on doit rencontrer des exceptions, et trouver quelquefois au quinzième jour chez un individu des altérations que l'on n'aurait pu constater au cinquième ni au sixième jour chez un autre; d'ailleurs il n'en serait pas ainsi que nous ne verrions aucun inconvénient à donner un rapport, dans lequel on aurait soin de spécifier que la visite a été réclamée trop tard, et qu'il est impossible de résoudre le problème.

12° La même question médico-légale exige quelquefois que l'on fasse plusieurs rapports. Tantôt le rapporteur se borne dans un premier examen à constater l'état des organes, et renvoie à une époque plus éloignée le jugement qu'il croira devoir porter sur le fait: l'histoire des blessures offre des exemples frap-

pans de la nécessité des nouveaux rapports dont nous parlons. Mais le plus souvent la justice ou les parties intéressées sollicitent d'autres rapports et demandent de nouveaux rapporteurs, le premier rapport ayant été attaqué comme incomplet ou inexact. Les médecins ne sauraient trop se pénétrer de cette vérité: nous voyons tous les jours des rapports frappés de nullité à cause de leur insuffisance, ce qui est d'autant plus déplorable que souvent les seconds rapporteurs, tout en rejetant les conclusions du premier rapport, ne peuvent pas leur en substituer d'autres; et la justice n'est pas éclairée. Que l'on suppose en effet un cas de médecine légale ayant donné lieu à un premier rapport où des faits essentiels étaient omis, où d'autres étaient mal décrits, où les conclusions enfin n'étaient point rigoureusement déduites, tandis qu'il eût été possible de faire le contraire : le second rapporteur n'aura pas de peine à renverser un acte aussi peu satisfaisant; mais que mettra-t-il à la place si déjà les faits, qui étaient sensibles au premier moment de la lésion, ont disparu, si la putréfaction a changé la forme, la couleur et le rapport des parties, si le traitement qui a suivi a modifié l'état des organes, etc.? Ces réflexions doivent faire sentir combien il est indispensable de recueillir précieusement les faits qui constituent la base d'un premier rapport. Le docteur Biessy insiste avec raison (page 142 de l'ouvrage cité) sur la nécessité de faire la seconde visite qui donne lieu à un rapport en présence du médecin qui a rapporté le premier. « Souvent nous avons vu que tel individu sur lequel on n'a trouvé lors de la première visite aucun signe sensible et carac-

téristique de violence, non-seulement les présentait à l'époque de la seconde, mais offrait même à ce moment des lésions graves ou compliquées. Sans doute alors le premier rapporteur peut seul donner des indices certains pour déterminer la cause de ce changement, qui tantôt dépend d'une sur-cause, tantôt est déterminé par le plaignant lui-même dans des vues criminelles. Que pourra encore un second rapporteur dans le cas de l'ouverture d'un cadavre, lorsque les parties dénaturées soit par les sections indispensables dans la première opération, soit par une putréfaction toujours croissante, l'auront mis dans l'impossibilité absolue de vérifier les faits ou du moins une partie des faits établis par le premier rapport? »

Des rapports administratifs et judiciaires.

Un rapport administratif et judiciaire, pour être bien fait, doit se composer de trois parties distinctes, présentées constamment dans le même ordre, savoir: le *préambule*, la *description* de ce qui fait l'objet du rapport, et les *conclusions*.

Première partie. — *Préambule*, *Protocole*, *Formule d'usage*, etc. On commence par indiquer le nom, les prénoms, les titres et qualités ainsi que le domicile du rapporteur; le jour, l'heure et le lieu de la visite; on fait connaître la qualité du magistrat par qui on a été mandé, et de celui dont on est accompagné; on désigne également les noms des médecins ou des aides que l'on a cru devoir employer; puis on *expose les circonstances qui ont précédé la visite*, et qui paraissent *essen-*

tielles ; ainsi, après avoir recueilli tous les signes commémoratifs tant de la part du plaignant que de ses amis, des parens et des autres assistans, après avoir même quelquefois pris connaissance des plaintes respectives des parties (1), on transcrit brièvement tout ce qui paraît se rattacher au sujet, en repoussant cette foule de propos extravagans et de plaintes exagérées qui n'ont évidemment aucune connexion avec le fait allégué, et qui sont le fruit de l'ignorance, de la malveillance ou de la cupidité. On tient compte, par exemple, de la profession, du tempérament, des habitudes du plaignant ou de ses ayans-cause, des maladies auxquelles il était sujet, de celles qui règnent actuellement; et s'il s'agit d'une violence extérieure, on indique le nombre de coups que l'on dit avoir été portés, les accidens qui ont suivi la violence, les moyens employés pour les combattre, etc. On parle ensuite de l'attitude dans laquelle on a trouvé le corps, de l'état des vêtemens et des différens objets qui peuvent avoir un rapport quelconque avec le fait pour lequel on est mandé.

---

(1) Les juges du Châtelet de Paris ordonnèrent en 1785, au sujet d'une accusation d'impéritie d'un médecin, « qu'avant de faire droit, la dame H. sera de nouveau vue et visitée par les médecins et chirurgiens du Châtelet réunis, ès mains desquels seront remises les plaintes, demandes et requêtes énonciatives des faits articulés par le sieur H.; lesquels, après lecture desdites pièces, visite faite, pourront entendre ladite malade, la garde-malade, et prendre tous autres renseignemens qu'ils jugeront convenables. » (*Chaussier,* Mémoire cité, pag. 31.)

Si l'on trouve un instrument meurtrier on en indique l'espèce et la forme; et s'il a déjà été soustrait, on en fait mention d'après les récits.

Seconde partie. — *Description historique, Reconnaissance de l'état de l'individu* (*visum et repertum.*) Cette partie est sans contredit la plus importante du rapport, puisqu'elle renferme les faits qui doivent servir de base aux conclusions; et lors même que celles-ci seraient mal déduites, les faits étant exactement décrits, il serait aisé de les infirmer pour leur en substituer d'autres; tandis que la plus légère inexactitude dans l'exposition de ces faits pourrait entraîner les conséquences les plus fâcheuses. Ce serait abuser de la patience du lecteur que d'exposer en détail la manière dont il faut procéder à la recherche des données dont nous parlons; qu'il nous suffise de dire qu'on ne doit pas craindre le reproche de lenteur ou de minutie, puisqu'on est souvent conduit à des découvertes importantes par l'appréciation d'un fait que l'on n'avait pas observé et que l'on était tenté de négliger. Nous dirons, en parlant de l'ouverture des cadavres (*voyez* Mort), comment il faut étudier la surface externe des corps avant de les inciser; les blessures nous fourniront l'occasion d'indiquer combien les recherches qui s'y rapportent doivent être scrupuleuses; il en sera de même des articles qui traitent de l'empoisonnement, de l'infanticide, etc. Nous nous bornerons ici à faire une observation générale : il importe que les objets mentionnés dans la seconde partie du rapport, le soient de manière à convaincre tous les esprits; et l'on y parviendra facilement en appuyant l'énoncé d'un certain nombre de preuves, ou de

quelques détails sans lesquels la véracité ou la capacité du rapporteur pourraient être mises en doute : ainsi lorsqu'il s'agira d'un empoisonnement, on ne se bornera point à dire : «Les matières suspectes ont fourni à l'analyse telle ou telle autre substance vénéneuse. » Il faudra ajouter: « ce qui a été prouvé par l'action des réactifs A. B C. D. etc. qui ont fait naître des précipités de couleur verte, jaune, rouge, etc., et par l'action d'autres agens que l'on énnmérera. » S'il est question de la description d'une blessure, on en indiquera l'espèce en la désignant sous le nom qui lui convient ; et après avoir parlé d'une manière précise de sa situation, de sa direction, de sa profondeur, de son étendue, etc., on dira par quels moyens on est parvenu à les reconnaître, si l'on s'est servi d'un compas, si l'on a pratiqué des incisions, si l'on a trouvé peu ou beaucoup de sang épanché, etc. Quand il faudra constater si la mort est réelle ou apparente, au lieu de dire : « Les membres étaient raides comme après la mort, et les muscles n'offraient plus la moindre trace de contractilité, » on ajoutera : « ce dont on s'est assuré en forçant la position du membre et en soumettant à l'action de la pile électrique un muscle mis à découvert. » Dans un rapport sur l'infanticide, loin d'indiquer d'une manière approximative les proportions et le poids du fœtus et de ses diverses parties, on les donnera d'une manière précise, en faisant con naître les instrumens dont on s'est servi.

Troisième partie. — *Conclusions.* Cette partie doit contenir, comme on le prévoit, les conséquences qui découlent immédiatement des faits observés et des signes commémoratifs dont le préambule fait mention.

On sentira qu'il doit être impossible de donner des préceptes propres à servir de guide dans la rédaction de cette partie du rapport. Les conclusions doivent varier autant que les cas : toutefois nous observerons combien il importe de se servir d'expressions convenables ; des mots que l'on regarde à tort comme synonymes, ne peuvent pas être employés indistinctement ; nulle part le langage du rapporteur ne doit être plus nuancé, pour affirmer, pour nier, pour établir des probabilités, pour faire naître des soupçons, etc. Quelquefois la vérité est évidente, dit le docteur Renard ; tout le monde peut la saisir sur-le-champ ; il suffit de l'énoncer pour entraîner la conviction ; mais d'autres fois elle est tellement obscurcie par le concours, la série des circonstances, que pour l'atteindre il faut apporter l'attention, la circonspection la plus scrupuleuse. Dans ces cas complexes on doit, pour arriver à une conséquence positive et incontestable, considérer, comparer, analyser avec soin tous les faits, rapprocher autant que possible les circonstances qui ont précédé ou accompagné le cas actuel, ne présenter aucune conséquence qui ne soit immédiatement déduite des faits les plus certains, qui ne soit fondée sur les lois les plus constantes de la nature et des principes de l'art. C'est après avoir médité sur tous ces objets, après avoir arrêté et tracé le plan du rapport, que le médecin le rédige, l'écrit, ou le dicte au commis-greffier dans quelques circonstances. (Dissertation inaugurale soutenue à la Faculté de Paris en 1814.)

Des rapports d'estimation.

On désigne sous le nom de *rapport d'estimation* une attestation rédigée par les hommes de l'art, pour examiner si les honoraires réclamés par leurs confrères ou par les pharmaciens sont fixés à un taux convenable, et si la méthode de traitement suivie par les médecins et les chirurgiens qui ont donné des soins aux malades a été de nature à prolonger la maladie ou à rendre sa terminaison funeste. Des actes de ce genre ne doivent être dressés, comme les rapports administratifs et judiciaires, que d'après l'ordre de l'autorité.

Devaux, que plusieurs auteurs de médecine légale ont copié sur ce point, sans indiquer la source où ils avaient puisé, dit que dans la rédaction de ces rapports, indépendamment des préceptes établis dans les deux articles précédens, il faut encore avoir égard aux considérations suivantes :

1° On doit marquer en marge du mémoire qui a été présenté, le jugement porté sur chaque article, pour prouver que l'on a fait droit sur tout avec l'exactitude requise. 2° Si l'on réduit le prix d'un article à une moindre somme, cette somme modifiée doit être marquée en chiffres. 3° Lorsqu'on ne trouve rien à retrancher, on doit mettre en marge le mot *bon*. 4° Le travail terminé on doit le certifier au bas du mémoire, en forme de procès-verbal conçu en peu de mots. 5° On considérera le mérite de l'opération, parce que celles qui demandent beaucoup de dextérité et d'expérience, ou qui sont pénibles et laborieuses, doivent être mieux rétribuées que celles qui sont faciles et communes.

6° On aura quelquefois plutôt égard à l'importance des maladies : ainsi un chirurgien qui réunira en fort peu de temps une grande division dans les chairs, par la suture, la situation, et un bandage convenable, méritera d'être mieux récompensé qu'un autre qui aura tamponné une semblable plaie, et qui ne l'aura conduite à sa guérison qu'après une longue suppuration, et qu'après avoir fait souffrir au blessé de cruelles douleurs, qu'il lui aurait épargnées, ainsi qu'un traitement fort long, s'il eût été plus instruit. Il serait toutefois injuste de ne pas avoir égard, dans les estimations, au temps qu'a duré le traitement; en effet, il y a des maladies tellement graves par elles-mêmes, dont les complications sont si fâcheuses, que l'on ne peut très-souvent les guérir que par un long traitement; il y en a même qui sont légères en apparence, et que la mauvaise disposition des individus rend néanmoins très-longues et très-difficiles à guérir. Les médecins ne sauraient estimer avec équité, qu'en pesant toutes ces circonstances. 7° On insistera beaucoup dans la taxe d'un mémoire, sur la qualité et la fortune des personnes qui ont été traitées; car plus ces personnes sont élevées en dignité, plus elles exigent de soins, de visites et d'assiduité, qui méritent par conséquent une plus ample récompense. 8° On tiendra compte de la proximité ou de l'éloignement du malade; car il ne serait pas juste qu'un homme de l'art qui aurait été d'un bout d'une grande ville à l'autre, ou à une lieue et plus dans la campagne, ne fût pas mieux payé qu'un autre qui aurait fait un pareil traitement dans son voisinage. S'il s'agit d'estimer le prix des médicamens fournis par un pharma-

cien, on prendra pour base le prix moyen auquel les substances qui sont l'objet de la contestation sont débitées chez plusieurs de ses confrères; et ce ne serait que dans le cas où les drogues seraient d'une mauvaise qualité qu'on pourrait leur assigner une valeur au-dessous de la moyenne. Lorsque les médicamens auront été vendus par des officiers de santé, on se gardera bien de les porter à un prix plus élevé que s'ils avaient été achetés chez des pharmaciens : la société ne doit pas tolérer que des hommes de l'art réduisent à quelques centimes les honoraires qui leur sont dus pour leurs visites, tandis qu'ils exigent des sommes exorbitantes pour des médicamens de peu de valeur : en agissant autrement, on favorise le charlatanisme et l'on autorise le débit de ces prétendus arcanes avec lesquels on ne séduit que trop aisément les habitans des villes et des campagnes.

Lorsqu'un homme de l'art est accusé d'avoir prolongé le traitement d'une maladie, ou de ne pas en avoir prévenu les suites fâcheuses, la justice désigne un ou plusieurs médecins pour lui faire un rapport qui doit servir de base au jugement. Dans le plus grand nombre de cas l'accusation n'est pas fondée, parce que la plupart des hommes qui exercent une profession aussi honorable que la nôtre joignent à des connaissances assez étendues pour ne pas commettre des erreurs grossières, la plus grande probité et beaucoup de délicatesse : le médecin chargé par l'autorité de remplir une mission aussi pénible ne tarde pas à faire tomber sur le plaignant tout ce que l'accusation présente d'odieux ; il y parvient facilement en se faisant rendre compte de

toutes les circonstances qui ont précédé et accompagné la maladie, des moyens proposés par le médecin ou par le chirurgien que l'on désigne, de l'époque à laquelle ils ont été consultés, du traitement qui a été employé, de la répugnance ou de la docilité du malade à suivre ce traitement, du régime qui a été prescrit, et de la manière dont il a été observé, etc. : ces recherches conduisent souvent à établir que la longueur de la maladie est le résultat de l'inobservation des règles de l'hygiène, d'une manœuvre pratiquée par le malade, dans le dessein d'aggraver les accidens, etc. Mais, il faut l'avouer, la perversité et l'ignorance sont portées assez loin chez quelques hommes de l'art, pour que l'on soit obligé de réprouver leur conduite : ici tous les intérêts doivent disparaître devant la vérité. Que le charlatanisme et l'impéritie soient dévoilés et impitoyablement réprimés, et l'on verra bientôt ceux qui avaient usurpé la confiance de leurs cliens réduits à un état de nullité dont ils n'auraient jamais dû sortir.

Des Certificats.

Le certificat diffère du rapport par sa plus grande simplicité, et parce qu'il peut être délivré par un officier de santé ou par toute autre personne étrangère à l'art de guérir ; c'est une attestation purement officieuse qui n'exige ni la prestation du serment, ni la présence du magistrat, et qui, dans beaucoup de cas, n'a pas été provoquée par la justice. On a désigné plus particulièrement sous le nom d'*exoine* un certificat d'*excuse* fait sur la réquisition des particuliers ou par ordre de l'autorité, et qui a pour objet de dispenser les person-

nes malades d'un service quelconque : de pareils actes peuvent être relatifs aux institutions civiles, criminelles, religieuses et militaires. Nous avons exposé avec assez de détails les dispositions des lois concernant les certificats; les règles d'après lesquelles ils doivent être rédigés sont les mêmes que celles dont nous avons fait mention à l'occasion des rapports administratifs et judiciaires; aussi nous abstiendrons-nous de donner plus de développement à cet article.

Des Consultations médico-légales.

On désigne sous le nom de *consultation médico-légale* un mémoire rédigé par un ou plusieurs docteurs en médecine, ou par une Faculté de médecine, sur la demande de l'autorité ou des parties intéressées, dans lequel on discute la valeur des rapports, des certificats, des notes ou des mémoires qui ont déjà été dressés, et où l'on expose les diverses considérations que l'on croit propres à éclairer les magistrats. Tandis que le rapport et le certificat sont concis et dégagés de citations et de rapprochemens, la consultation médico-légale au contraire, offre des développemens convenables. Les propositions qui y sont émises doivent être prouvées par des faits bien avérés, généralement avoués, et par l'autorité imposante des auteurs les plus célèbres; le récit d'une observation antérieure dont on aura été témoin, et que l'on aura puisée dans un ouvrage recommandable, pourra quelquefois venir à l'appui de ce que l'on avance, et l'on aurait tort de négliger aucun des moyens susceptibles de porter la conviction dans l'esprit des juges et des jurés. Le médecin doit éviter avec soin, dans

un ouvrage de ce genre, de dénaturer les faits ou de les interpréter mal à propos, dans l'espoir d'annuler les rapports de ses confrères; il ne se bornera pas à examiner la question telle qu'elle aura été posée par les avocats dont il croit devoir combattre les opinions, car ces questions, souvent insidieuses, limiteraient ses pouvoirs, restreindraient le champ de la discussion, et conduiraient à des conclusions erronées. Loin de là, il analysera les propositions dont il s'agit, il en établira de nouvelles s'il le juge nécessaire, et il n'attaquera les rapports qu'autant qu'ils seront essentiellement incomplets, vicieux, ou contraires au principes de l'art. Si l'honneur et le devoir ne nous forçaient pas à suivre cette marche, l'intérêt devrait nous engager à l'adopter : en effet de nouvelles consultations médico-légales peuvent être rédigées par des médecins qui jouissent d'une grande célébrité, ou par des Facultés de médecine, qui ne manqueraient pas de mettre en évidence l'inhabileté du premier consultant.

Il n'est guère possible d'indiquer dans cet article la manière de rédiger une consultation médico-légale, parce qu'elle doit varier suivant les cas; nous nous bornerons à dire qu'elle doit être écrite avec méthode, et qu'il faut éviter de confondre dans un même paragraphe la solution des questions qui ne se ressemblent pas: à la fin de chacun de ces paragraphes on déduira les conclusions qui découlent évidemment des prémisses, et le travail sera terminé par l'exposition rigoureuse des diverses conséquences auxquelles on aura été conduit.

TROISIÈME LEÇON.

De l'histoire des âges.

Les questions relatives à l'infanticide, à l'avortement et à la viabilité du fœtus ne peuvent souvent être résolues d'une manière satisfaisante qu'autant que l'on parvient à déterminer, du moins approximativement, l'âge du fœtus ou de l'enfant qui vient de naître. Il importe encore de constater l'âge d'un enfant ou d'un adulte toutes les fois qu'il s'agit d'ouvrir juridiquement le cadavre d'un inconnu, ou d'une question d'identité, et que l'âge ne peut être prouvé par les titres, les possessions d'état ou les témoins. Enfin, les dispositions suivantes des Codes civil et pénal obligent quelquefois le médecin à résoudre le problème dont nous allons nous occuper :

« 1° Le mineur est l'individu de l'un et de l'autre sexe qui n'a point encore atteint l'âge de vingt et un ans accomplis; 2° le mineur, même non marié, pourra être émancipé par son père, ou, à défaut de père, par la mère, lorsqu'il aura atteint l'âge de quinze ans révolus; 3° le mineur resté sans père ni mère pourra aussi, mais seulement à l'âge de dix-huit ans accomplis, être émancipé si le conseil de famille l'en juge capable; 4° le mineur âgé de moins de seize ans ne pourra aucunement disposer, qu'avec le consentement et l'assistance de ceux dont le consentement est requis pour la validité de son mariage, et avec ce consentement il pourra donner tout ce que la loi permet à l'époux majeur de donner à l'autre conjoint; 5° le mineur parvenu à l'âge de seize ans ne pourra disposer que par testament, et jusqu'à concurrence seulement de la moitié, des biens

dont la loi permet au majeur de disposer; 6° l'homme, avant dix-huit ans révolus; la femme, avant quinze ans révolus, ne peuvent contracter mariage; 7° le fils qui n'a pas atteint l'âge de vingt-cinq ans accomplis; la fille qui n'a pas atteint l'âge de vingt et un ans accomplis, ne peuvent contracter mariage sans le consentement de leurs père et mère; en cas de dissentiment, le consentement du père suffit. » (Code civil, art. 388, 477, 478, 903, 1095, 904, 144 et 148.)

« 1° Lorsque l'accusé aura moins de seize ans, s'il est décidé qu'il a agi sans discernement, il sera acquitté; mais, etc.; 2° ceux qui auront porté à un hospice un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis qui leur aurait été confié, afin qu'ils en prissent soin, ou pour toute autre cause, seront punis d'un emprisonnement de six semaines à six mois, et d'une amende de 16 à 50 francs; 3° ceux qui auront exposé et délaissé en un lieu solitaire un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis; ceux qui auront donné l'ordre de l'exposer ainsi, si cet ordre a été exécuté, seront, pour ce seul fait, condamnés à un emprisonnement de six mois à deux ans, et à une amende de 16 francs à 200 fr.; 4° si la personne enlevée ou détournée est une fille au-dessous de seize ans accomplis, la peine sera celle des travaux forcés à temps. » (Code pénal, art. 66, 348, 349 et 355.)

« Les enfans de l'un et de l'autre sexe, au-dessous de l'âge de quinze ans, pourront être entendus par forme de déclaration, et sans prestation de serment. » (Code d'instruction criminelle, art. 79.)

Des âges pendant la vie intra-utérine.

Nous comprenons sous ce titre les âges du produit de la conception, depuis le moment où il frappe nos sens jusqu'à celui de la naissance à terme, c'est-à-dire

jusqu'à la fin du neuvième mois. La détermination de l'âge dans cette période de la vie est entièrement basée sur le développement successif des organes, et sur l'étude des caractères qu'ils présentent aux diverses époques de la grossesse : toutefois, comme il serait fastidieux et inutile de décrire tous les changemens que le fœtus éprouve, nous nous bornerons à indiquer ceux qu'il est indispensable de connaître. Plusieurs des caractères dont nous allons parler ne peuvent être constatés qu'après avoir fait l'ouverture du cadavre, opération que l'on ne doit jamais entreprendre sans avoir rempli un certain nombre de conditions que nous indiquerons plus tard. (Voyez *Ouverture des cadavres.*) Qu'il nous suffise de savoir pour le moment qu'en négligeant ces précautions on risque de perdre le fruit de ses recherches et de commettre des erreurs graves.

Développement du produit de la conception.

Ce produit est désigné sous le nom d'*embryon* pendant les deux premiers mois de la vie intra-utérine; depuis cette époque jusqu'au terme de la grossesse il porte le nom de *fœtus*. Les caractères qu'il présente sont loin d'être constans et invariables ; en effet, il existe une infinité de causes propres à les modifier : telles sont la disposition, la vigueur du père, l'âge, la constitution de la mère, les passions qui peuvent la tourmenter pendant la grossesse, la saison, le climat, etc.; cependant dans le plus grand nombre des cas on observe les résultats suivans :

Huit jours après la conception, on ne trouve dans l'utérus qu'une petite vésicule remplie d'un liquide

transparent. Du *quinzième* au *vingtième* jour, l'*embryon* est vermiforme, oblong, renflé au milieu, obtus à une extrémité, et terminé en pointe à l'autre; il est grisâtre, un peu opaque, et long de trois à cinq lignes; il pèse de deux à trois grains. On ne voit aucune proéminence, aucune ouverture; il n'y a point de trace de tête ni de membres; on n'observe qu'une petite saillie séparée du reste par une entaille. Les anatomistes qui disent avoir distingué à cette époque le cœur, le cerveau, des vaisseaux sanguins, etc., se sont évidemment trompés.

Du trentième au quarante-cinquième jour. L'embryon a été comparé à une grosse fourmi par Aristote, au marteau de l'oreille par Baudelocque, à un grain d'orge par Burton, etc. Il paraît recourbé sur lui-même en forme de croissant; sa longueur varie de trois à sept lignes; son poids est d'environ dix-neuf grains. La tête est déjà visible, et constitue presque la moitié du corps. Le prolongement rachidien (moelle épinière), distinct dans toute sa longueur, est la seule partie de l'encéphale qui puisse être aperçue. Les paupières, excessivement minces, recouvrent les yeux, qui existent déjà sous la forme de deux points noirs arrondis demi-circulaires d'après Malpighi; quelquefois on voit vers l'angle interne de l'orbite un petit anneau noir dont le centre est blanc; le cercle noir de l'iris existe en entier à quarante-deux jours, d'après Sœmmering et à quarante-quatre d'après Autenrieth. Deux simples trous également arrondis marquent la place des oreilles; il n'y a ni lèvres ni nez; mais la bouche est distincte et marquée par une fente transversale, dont les bords peu

rapprochés laissent une ouverture visible jusqu'au troisième mois. Les membres thoraeiques, qui se développent un peu avant les abdominaux, ressemblent à des petits mamelons ou à des bourgeons; le bras, l'avant-bras, les mains, les euisses, les jambes et les pieds ne sont pas encore visibles. La clavieule et chaeune des moitiés de l'os maxillaire inférieur présentent déjà un point d'ossification. Le eœur est reeonnaissable et ne paraît formé que d'une seule pièce. On voit l'artère aorte et la portion de l'artère pulmonaire, qui formera par la suite le eanal artériel. La membrane eaduque (épi-chorion de M. Chaussier), qui existe avant l'arrivée de l'embryon dans la cavité de l'utérus, et qui dans le commencement était demi-fluide, demi-concrète, est alors molasse, comme charnue, pulpeuse, inorganique, et semblable à un caillot de sang incolore dont la surface serait hérissée de filamens; elle est *simple*, et revet l'intérieur de la matrice et l'extérieur de l'œuf. L'*amnios* est très-mou, et ressemble à la rétine. Le *chorion* apparaît sous la forme d'une membrane forte, opaque, épaisse, plus large que l'amnios, tomenteuse surtout à sa surface externe, qui est hérissée de villosités; ces villosités, eonsidérées par la plupart des anatomistes eomme de véritables floeons vaseulaires, veineux et artériels déjà très-apparens, qui, par la suite, doivent former le *placenta*, offrent une racine simple ou double, naissent de l'œuf par des trones longs, rameux, semblables au corail, et ne reeouvrent guère à l'époque dont nous parlons que les trois quarts, les deux tiers, ou la moitié seulement de la surface de l'œuf, tandis que dans les premiers temps celle-ci en était entière-

ment couverte. M. Velpeau regarde ces villosités comme de petits organes glandiformes qui contiennent probablement les rudimens des vaisseaux placentaires, ainsi qu'un autre tissu ; ces vaisseaux ne paraissent être que des veines. Les granulations glandiformes deviennent de plus en plus apparentes dans le point où l'œuf est contigu à l'utérus, tandis que celles qui sont immédiatement recouvertes par la membrane caduque cessent de se développer et finissent par disparaître. Le *placenta* n'existe encore que sous la forme de ces villosités. Le *cordon ombilical* est visible depuis la seconde moitié du premier mois, d'après M. Velpeau; il est alors formé d'une série de renflemens, en général au nombre de quatre, mais plus souvent au nombre de trois seulement, séparés par autant de collets ou rétrécissemens. A un mois, il est déjà long de cinq à six lignes, suivant le Dr Ollivier d'Angers, en sorte que, si, comme l'ont avancé plusieurs anatomistes, l'embryon est immédiatement uni à ses membranes dans la première période de la conception, cette disposition ne doit exister que pendant un intervalle de temps très-court. La *vésicule ombilicale* est déjà très-apparente, puisqu'on l'a vue avoir à peu près trois lignes à cette époque; elle est de forme ovalaire ou sphérique, à parois minces, contenant un liquide d'abord limpide, puis blanchâtre; elle est d'autant plus grande que l'embryon est plus jeune : on ne connaît pas au juste l'époque de sa formation; mais on sait qu'à mesure que le cordon ombilical s'allonge, elle reste attachée, à la face fœtale du placenta, près de l'insertion de ce cordon, entre l'amnios et le chorion, ou, comme le pense

M. Velpeau, en dehors de ces membranes (1). Les vaisseaux *omphalo-mésentériques* sont également très-apparens : ils consistent en une artère et une veine qui viennent des vaisseaux mésentériques et se ramifient dans l'épaisseur de la vésicule ombilicale. Tout en admettant avec MM. Meckel et Velpeau qu'il est possible de voir sur des embryons humains âgés de quatre semaines environ, une autre vésicule que l'ombilicule, qu'ils regardent comme l'*allantoïde*, nous n'insisterons pas sur sa description, parce qu'elle ne peut être d'aucune utilité pour reconnaître l'âge du produit de la conception. Nous reviendrons sur ces objets en parlant du troisième mois.

Du quarante-cinquième jour au deuxième mois. La longueur de l'embryon est de seize à dix-huit lignes; il pèse de deux à quatre gros. On distingue l'avant-bras, la main, la jambe et le pied. L'ossification des masses apophysaires des premières vertèbres cervicales commence. Le cubitus, le radius, le tibia, les côtes, le

(1) Dans un travail sur l'embryologie publié en 1825 par M. *Pockels*, cet anatomiste admet une autre *vésicule* qu'il nomme *érythroïde*, qu'on ne peut plus apercevoir vers la quatrième semaine, et qui dans les œufs de huit à douze jours a trois fois la longueur de l'embryon. Cette vésicule serait comprimée, allongée, pyriforme; son extrémité arrondie reposerait sur l'amnios, au-dessus de la partie la plus basse de l'embryon; son autre extrémité, plus petite, s'ouvrirait dans l'abdomen de l'embryon. *Voy.* pour plus de détails les Archives générales de médecine, tome 12, année 1826.

scapulum, l'ilium, l'occipital, les deux parties qui constituent l'os frontal, etc., présentent aussi un point ossifié. Le thorax est court et aplati; l'abdomen gros et très-saillant. Le méconium, d'une couleur blanchâtre, est contenu dans l'estomac. Le cœcum, s'il n'a pas paru, ne tarde pas à se montrer, et son appendice n'est jamais plus ample et plus long, toute proportion gardée. Le foie s'étend transversalement de l'hypochondre droit jusqu'à l'hypochondre gauche, et, de haut en bas, du diaphragme au point d'insertion du cordon ombilical. Celui-ci est très-gros, parce qu'il renferme, outre les parties qui le forment à la naissance, une portion du canal intestinal, la totalité ou une partie de la vésicule ombilicale, et les vaisseaux omphalo-mésentériques; il est un peu plus long que le fœtus, et ne présente aucune trace de torsion: il s'attache à la partie inférieure de l'abdomen, par une base fort large. A cinquante-six jours, les yeux sont un peu saillans et les rudimens des narines confondus avec la cavité buccale. On trouve à la place des oreilles, deux tubercules demi-ovales, fendus suivant leur longueur. Deux jours après, le nez fait une saillie obtuse; les deux narines sont rondes, très-écartées l'une de l'autre, et fermées par une membrane plus ou moins épaisse. On ne voit à la place du cou qu'un sillon très-marqué.

Du deuxième au troisième mois. La longueur du fœtus est de deux pouces à deux pouces et demi; il pèse d'une once à un once et demie. La tête est très-grosse, le nez et les oreilles sont encore fermés. Le bras et la cuisse, ainsi que les doigts de la main, ont paru dès la septième semaine. Ce n'est qu'à la fin du deuxième mois que les

membres abdominaux commencent à dépasser la queue rudimentaire. Alors se forment les lèvres. La peau, qui, jusqu'à cette époque, semblait avoir été remplacée par un enduit gluant, très-mou et assez transparent pour permettre de voir au travers les organes et surtout les vaisseaux, est mince, facile à déchirer, et sans apparence fibreuse. On voit paraître les branches de l'artère pulmonaire, qui sont d'autant plus petites par rapport à la portion qui doit former le canal artériel, que le fœtus est plus jeune. Le méconium est encore contenu dans l'estomac. On commence à apercevoir l'*épiploon*, qui est situé vers la grande courbure de l'estomac, sous la forme d'une petite proéminence aplatie. Les alvéoles des os maxillaires sont déjà manifestes; chacun d'eux contient une vésicule gélatineuse adhérente à son fond, et qui est le futur noyau de la dent. Les rudimens des organes extérieurs de la génération, paraissent sous la forme d'un petit tubercule garni d'une ou de plusieurs ouvertures très-étroites; le clitoris est surtout fort long.

Du troisième au quatrième mois. Le fœtus est long de cinq à six pouces; il pèse de deux onces et demie à trois onces; la tête est plus grosse et plus pesante que le reste du corps. La pupille est fermée par une membrane appelée *pupillaire*, formant avec l'iris une cloison complète qui sépare entièrement les chambres de l'œil; elle résulte de l'adossement de deux feuillets membraneux contenant dans leur intervalle une multitude de vaisseaux sanguins; on ne peut guère l'apercevoir avant le troisième mois de vie intra-utérine, et elle n'existe ordinairement que jusqu'au septième mois. La bouche est très-grande et ouverte. Le nez est bouché. La peau est

encore mince, incolore et transparente, sans la moindre apparence de texture fibreuse ni d'enduit sébacé; on ne voit ni cheveux, ni poils, ni duvet. Les ongles commencent à paraître sous la forme de plaques minces et membraneuses. Il n'est plus permis de confondre les parties génitales de l'un et de l'autre sexe. Le *périnée* existe sous forme d'une lame transversale. Les osselets de l'ouïe ne sont point encore ossifiés. L'ischium présente déjà un point lenticulaire ossifié qui en occupe le milieu. Il n'y a encore ni sinus maxillaires, ni sinus frontaux. Le cerveau, presque fluide jusqu'alors, offre la consistance de la matière caséeuse, sans apparence de sillons ni de circonvolutions. Le fluide contenu dans l'estomac est d'un blanc grisâtre; la valvulve iléo-cœcale est déjà visible, et forme une saillie arrondie: il en est de même des appendices épiploïques du colon. Le placenta est très-apparent et très-reconnaissable; il couvre presque la moitié de l'œuf; et, quoiqu'il n'ait pas la consistance qu'il aura par la suite, on lui reconnaît déjà la forme qu'il présente au neuvième mois. Le cordon ombilical s'insère près du pubis; il a la forme d'une colonne torse; il est à peu près aussi long que le fœtus; sa largeur est assez considérable. C'est *ordinairement* dans le courant du troisième mois que disparaissent la vésicule ombilicale et les vaisseaux omphalo-mésentériques.

Du quatième au cinquième mois. La longueur du fœtus est de six à sept pouces; son poids est de cinq à sept onces; *la moitié du corps répond* à plusieurs centimètres au-dessus de l'ombilic. Le volume de la tête comparé au reste du corps est considérable, les fonta-

nelles très-amples, et les commissures du crâne fort larges. On aperçoit la membrane pupillaire. La peau, d'une couleur rosée, ressemble à une membrane satinée extrêmement mince, offrant pour la première fois un léger duvet à sa surface. Une graisse rougeâtre se dépose déjà dans les aréoles du tissu cellulaire sous-cutané. Les cheveux, fort courts, sont rares, blancs et argentins. Les osselets de l'ouïe et les cornets inférieurs du nez sont presque entièrement ossifiés. Le cerveau n'est qu'une masse blanche, molle, homogène, séparée évidemment en deux parties par le sillon interlobulaire. On voit déjà dans le cervelet les lames et les lamelles blanches qui le constituent chez l'adulte. On trouve un fluide d'un blanc grisâtre au commencement de l'intestin grêle. C'est à la fin de ce mois que l'on aperçoit pour la première fois des traces de *pylore;* du reste il n'y a encore ni valvules conniventes, ni bosselures le long du canal intestinal. Les reins sont très-volumineux, et formés chacun de quinze à dix-huit lobes, terminés par un petit pavillon qui se rend dans le bassinet. Les capsules surrénales sont au moins aussi grandes que les reins. C'est ordinairement du troisième au quatrième mois que l'on remarque dans les alvéoles les germes des dents de l'adulte (deuxième dentition), excepté ceux des bicuspidées (premières molaires), qui ne deviennent visibles que du sixième au douzième mois après la naissance.

Du cinquième au sixième mois. La longueur du fœtus est de neuf à dix pouces; son poids d'environ une livre; le cordon ombilical s'insère moins près du pubis qu'au quatrième mois, en sorte que la moitié du corps

répond à un point moins élevé au-dessus de l'ombilic. Les paupières sont collées, et la pupille fermée par la membrane pupillaire. La peau est lisse, fine, mince, sans apparence de fibres dermoïdes, ni d'enduit sébacé; elle est d'un *rouge pourpre*, surtout à la paume des mains, à la plante des pieds, à la face, aux lèvres, aux oreilles, aux mamelles, aux plis de l'aine, des cuisses et des fesses. Le cheveux sont rares, courts, blancs ou de couleur argentine. Le sternum commence à peine à s'ossifier, tandis que l'ossification est complète dans les osselets de l'ouïe, qui sont presque aussi volumineux que chez l'adulte. Le pubis offre déjà un point oblong, ossifié, qui en forme le corps, et une partie de la branche transversale. Le calcanéum présente un point osseux dès le quatrième mois et demi: c'est du quatrième au cinquième mois que l'on voit paraître pour la première fois au sommet du noyau gélatineux des dents, des petites lames d'*ivoire* (portion osseuse). Le cerveau est blanc, lisse et mou, surtout à sa partie supérieure; le sillon longitudinal y est très-visible; on n'aperçoit ni circonvolutions, ni substance grise, ni points rouges; la pie-mère est à peine adhérente. La texture du cervelet est plus ferme que celle du cerveau. Les poumons sont très-petits. Le cœur, toute proportion gardée, est très-volumineux, et les oreillettes aussi vastes pour le moins que les ventricules. Le canal artériel, qui, pendant les premiers temps de la vie intra-utérine, avait surpassé en grandeur les deux branches qui, par la suite, doivent former les artères pulmonaires, leur est égal. L'intestin grêle renferme un fluide que l'on a désigné à tort sous le nom de méconium: ce n'est qu'à

dater de ce moment que le colon présente l'apparence de bosselures. Les testicules, assez volumineux, sont situés peu au-dessous des reins, près les vertèbres lombaires, sous le péritoine; il en est de même des ovaires.

Du sixième au septième mois. Sa longueur, prise du sommet de la tête aux talons, est de onze à douze pouces; son poids d'environ deux livres; *la moitié du corps répond* à un point moins élevé au-dessus de l'ombilic qu'à l'époque précédente. La grosseur de la tête, comparée au reste du corps, et l'évasement des fontanelles, sont très-marqués. Les paupières sont encore collées; la pupille est fermée par la membrane *pupillaire.* La peau présente, pour la première fois, des fibres dermoïdes et un épiderme distinct; elle est fine, assez mince, légèrement granulée, *rouge* et même pourpre, surtout aux endroits indiqués en parlant de l'époque précédente; elle offre un léger duvet sur toute sa surface, mais sans aucune trace d'enduit sébacé. Les ongles sont mieux formés, malgré l'assertion contraire de plusieurs auteurs: à la vérité ils sont mous, et quelquefois rougeâtres. Les cheveux sont courts, blancs, argentins, quoique déjà ils manifestent une tendance à se colorer. Le *sternum* présente trois ou quatre points ossifiés; ordinairement disposés suivant la longueur de l'os, et en procédant de haut en bas. On voit un noyau osseux dans l'astragale. Le cerveau est lisse, sans anfractuosités, mou; la pie-mère fort peu adhérente. Les poumons sont petits et rougeâtres: la bronche gauche, plus longue et moins grosse que la droite, est dirigée beaucoup plus obliquement que chez l'adulte. La vésicule biliaire ne contient qu'une

petite quantité d'un fluide séreux, presque incolore, qui n'est pas amer. C'est à peu près à cette époque que se forme la substance *corticale* des reins. Le colon présente déjà des bosselures; on ne voit aucune trace de valvules conniventes dans les intestins; le méconium peu abondant ne remplit que le *cœcum* et une petite portion du colon. Les testicules et les ovaires sont situés peu au-dessous des reins, près les vertèbres lombaires, sous le péritoine.

Du septième au huitième mois. La longueur du fœtus est de treize à quatorze pouces; son poids de trois à quatre livres; *la moitié du corps répond* à un point moins élevé au-dessus de l'ombilic, et par conséquent plus éloigné du sternum qu'au sixième mois. Les paupières cessent seulement d'être collées; la membrane pupillaire est sur le point de disparaître. Le thorax est moins court, et l'abdomen moins long et moins ample qu'à l'époque précédente. La peau, qui pendant le cinquième et le sixième mois était d'une couleur pourpre dans plusieurs de ses parties, offre une teinte rosée; elle est déjà fibreuse et assez épaisse; on y trouve un assez grand nombre de follicules sébacés sécrétant un fluide onctueux, qui se répand à sa surface pour former l'enduit graisseux, blanchâtre, dont nous avons parlé, et que l'on chercherait en vain à une époque moins avancée de la grossesse. La graisse devenue plus abondante, donne plus de rondeur aux formes. Les ongles, déjà assez consistans, n'arrivent pas jusqu'à l'extrémité des doigts. Les cheveux prennent une teinte blondine. L'ossification a fait des progrès. Le cerveau, moins diffluent que lorsque le fœtus est plus jeune, est d'un

blanc jaunâtre, sans apparence de couleur grise; sa substance est parsemée de vaisseaux sanguins qui lui donnent un aspect rougeâtre sur plusieurs points, lorsqu'on la coupe par tranches. La longueur de l'intestin grêle est à la distance qui sépare la bouche de l'anus comme 7: 1, ou comme $5\frac{1}{2}$ à 1. Le colon est déjà bosselé, surtout à sa portion transverse. On commence seulement alors à apercevoir les valvules conniventes, sous forme de faibles élévations, qui s'effacent dès qu'on distend le canal intestinal. Le méconium occupe le cœcum et presque tout le gros intestin. Le foie est très-volumineux, peu consistant et d'un rouge assez foncé : le lobe gauche est presque aussi gros que le droit. La vésicule biliaire contient une petite quantité d'un fluide, séreux, presque incolore, et dont la saveur commence à peine à être légèrement amère. Les testicules sont plus rapprochés du bassin qu'au sixième mois.

Du huitième au neuvième mois. Le fœtus est long de quinze à seize pouces; son poids est de quatre à cinq livres; la moitié du corps répond à *deux ou trois centimètres au-dessus de l'ombilic.* Les fontanelles sont plus évasées qu'au neuvième mois. Les paupières ne sont plus collées, on ne trouve plus la membrane pupillaire. Les membres thoraciques comparés aux membres abdominaux sont moins longs qu'à l'époque précédente. La peau, déjà enduite de la matière sébacée dont nous avons parlé, est un peu moins rosée qu'au septième mois. On ne découvre aucun point d'ossification au centre du cartilage qui forme l'extrémité inférieure du fémur. La tête et l'abdomen sont encore gros relativement aux autres parties du corps; les ongles et les che-

veux sont assez bien formés. Le cerveau présente des sillons superficiels ; mais il ne renferme point encore de matière grise; sa substance, plus consistante qu'à l'époque précédente, prend une teinte rougeâtre en raison des vaisseaux sanguins qui la pénètrent. La longueur de l'intestin grêle est à peu près égale à huit fois la distance qui sépare l'anus de la bouche, comme chez l'adulte. Le méconium, assez abondant, remplit la plus grande partie du gros intestin. Les testicules s'engagent dans l'anneau sus-pubien; quelquefois même le scrotum renferme un testicule, et le plus souvent c'est celui du côté gauche. Les annexes du fœtus n'offrent aucun caractère qui puisse servir à établir qu'il est âgé de huit mois.

A terme. L'enfant présente les caractères suivans : sa longueur, prise du sommet de la tête aux talons, est de dix-huit pouces; son poids est ordinairement de six à sept livres (1). La tête grosse et assez ferme fait à peu près le quart, et même un peu plus de la hauteur totale du corps; elle a la forme d'un ovoïde irrégulier dont la base serait au sinciput et le sommet au menton; les dimensions de ses diamètres sont, en général : pour l'*occipito frontal*, quatre pouces trois lignes ; pour l'*occipito mentonnier*, cinq pouces; pour le *fronto mentonnier*, trois pouces six lignes; pour le *bipariétal* et

---

(1) On a vu des enfans à terme longs de quinze à seize pouces, tandis que la longueur de quelques autres était de vingt-trois pouces; quelques-uns d'entre eux ne pesaient que deux ou trois livres; d'autres, au contraire, pesaient douze ou quatorze livres.

pour le *sphéno-bregmatique*, qui se mesure de la base du crâne à la fontanelle frontale, trois pouces quatre lignes; pour le *temporal*, trois pouces une ligne. La grande circonférence mesurée en suivant la ligne médiane est de quatorze pouces; la petite circonférence, que l'on mesure transversalement à la hauteur des bosses pariétales, est de dix pouces six lignes. Le crâne est grand et large; les os qui le composent, quoique mobiles, se touchent par leurs bords membraneux. Les fontanelles bien moins évasées qu'aux époques antérieures de la gestation, sont encore assez larges, surtout l'antérieure. Les cheveux, blonds ou noirs, offrent quelquefois un pouce de longueur; il sont assez épais. La face est petite, étroite et recouverte d'un duvet abondant. Les paupières ne sont plus collées, la membrane pupillaire a disparu; la bouche est assez grande.

Le thorax est court, aplati, relevé en bas et en avant, si l'enfant n'a pas respiré. L'abdomen est long, ample, arrondi et saillant du côté de l'ombilic; *l'insertion de celui-ci répond un peu au-dessous de la moitié de la longueur totale du corps*, tandis que, chez un adulte bien conformé, la moitié du corps mesuré du sommet de la tête aux talons, correspond au bord supérieur du pubis, et un peu au-dessous de l'arcade formée par ces os. Le bassin est étroit et peu développé. Les testicules ont souvent dépassé l'anneau inguinal et peuvent être dans le scrotum. Les membres abdominaux sont courts relativement aux thoraciques, mais beaucoup moins qu'ils ne l'étaient aux époques antérieures de la gestation: ils ne sont égaux à ces derniers que cinq ans après la naissance, si on ne les mesure que jusqu'au talon,

tandis qu'ils offrent la même longueur, dès le quatrième mois de vie intra-utérine, si on ajoute la longueur du pied à celle de la jambe et de la cuisse. Les *pieds* forment à peu près le sixième de la longueur totale du corps. La *peau*, d'une couleur pâle légèrement rosée, n'offre de rougeur marquée que dans les endroits de la flexion; elle est douce, gluante et recouverte d'un enduit sébacé, blanchâtre, adhérent et assez épais (*vernix caseosa cutis*); les petits poils sont très-apparens. Les *ongles* se prolongent jusqu'à l'extrémité des doigts; ils ont assez de fermeté.

Le *système osseux* fournit des caractères importans parmi lesquels nous remarquerons les suivans. Le centre du cartilage qui forme l'extrémité inférieure du fémur, présente un point osseux *pisiforme* qui reste ordinairement cartilagineux jusque vers le huitième mois et demi de vie intra-utérine. Le calcaneum et l'astragale sont les seuls os du tarse qui soient en partie ossifiés. La branche descendante du pubis et la branche ascendante de l'ischium commencent à s'ossifier; il en est de même du corps de la première vertèbre cervicale et de la première du coccyx : les lames des six premières vertèbres dorsales tendent à s'unir entre elles. Le carpe est entièrement cartilagineux. L'os maxillaire inférieur est complétement ossifié, il a à peu près le septième de la hauteur de la tête; le condyle n'est pas plus élevé que le bord alvéolaire, et l'apophyse coronoïde se relève au-dessus de lui de toute sa longueur : aussi le bord postérieur de la branche montante est-il fort oblique. L'ossification des vingt premières dents de lait, qui pour l'ordinaire sont encore renfermées dans

les alvéoles, n'est pas également avancée ; les huit incisives ont leurs couronnes formées; celles des quatre canines ne sont pas encore achevées; les huit molaires n'ont que leurs tubercules ossifiés ; parmi ces tubercules les externes surtout sont plus avancés et déjà réunis entre eux : les racines ne se forment que lorsque la couronne est achevée, et ne sont visibles que dans les huit incisives. Le noyau gélatineux des dents et les cavités qui le contiennent, sont fort grands. A cet âge les dents incisives ne dépassent le bord alvéolaire des os maxillaires que dans des cas on ne peut plus rares; elles se trouvent sur le même plan, tandis que, chez les avortons, surtout chez ceux qui naissent avant sept mois, elles sont ordinairement inférieures à ce bord; elles ne tardent pas au contraire à le dépasser un ou deux mois après la naissance.

On voit à la surface du cerveau des circonvolutions nombreuses et des sillons assez profonds; *la couleur cendrée est déjà manifeste* dans toutes les parties qui plus tard doivent offrir cette teinte. La base de cet organe et surtout les points correspondans aux cordons nerveux sont assez consistans, tandis que les lobes et la surface convexe conservent beaucoup de mollesse. Le cervelet est plus consistant que le cerveau; la substance grise y est également évidente. La fermeté du prolongement rachidien est encore plus marquée que dans les autres parties de l'encéphale.

L'épaisseur des deux ventricules du cœur est à peu près la même; le trou inter-oriculaire (de Botal) est assez grand, et le repli vasculaire qui doit le boucher est ferme et plus étendu qu'à aucune autre époque de la

gestation. Le canal artériel, dont les parois sont assez denses, est très-ample. Les poumons sont en général rouges et volumineux; ils présentent des caractères différens suivant que l'enfant a respiré ou non (*V.* Infanticide). Le thymus, d'une couleur rougeâtre ou fauve, offre encore un volume assez considérable. Le foie occupe presque toute la région épigastrique; le lobe gauche est presque aussi volumineux que le droit, il a plus de consistance qu'auparavant; il est très-rare que son tissu ne laisse pas écouler une grande quantité de sang liquide et noirâtre quand on l'incise; sa couleur est le plus souvent d'un brun foncé. La vésicule biliaire ordinairement très-distendue, contient de la bile épaisse, verte et amère; quelquefois cependant, quoique rarement, la bile est très-liquide et presque incolore, sans que le foie soit en même temps vide de sang. La rate est presque toujours petite et contient beaucoup moins de sang que le foie. Les *reins* offrent encore des traces manifestes des lobes nombreux qui les formaient dans les premiers temps de la grossesse; ils sont surmontés des capsules surrénales, dont le volume est toujours assez considérable; les uretères sont très-développés. La vessie est pyriforme, située hors de l'excavation pelvienne, dépourvue de bas fond; le trigone vésical est presque vertical, et l'orifice de l'urètre forme la partie la plus déclive de l'organe.

L'état du *canal digestif*, à la naissance, mérite d'autant plus de fixer notre attention, qu'il présente dans plusieurs de ses parties des nuances roses, rouges, vertes, etc., que l'on pourrait être tenté de rapporter, à tort, à des lésions pathologiques. La membrane muqueuse

de la cavité *buccale* est toujours remarquable par son injection; elle est surtout fort rouge à l'isthme du gosier. Les papilles de la langue sont très-saillantes. Les gencives offrent chez quelques individus les saillies qui devront correspondre à chacune des dents dont la mâchoire s'armera par la suite. *L'isthme du gosier* et *l'œsophage* sont presque toujours injectés chez les enfans de un à dix jours. Sur deux cents enfans de cet âge disséqués avec soin par M. Billard, cent quatre-vingt-dix ont présenté une injection plus ou moins prononcée de ces parties. La coloration de l'œsophage varie depuis le rose tendre jusqu'au rouge foncé; elle doit être considérée comme un phénomène ordinaire à cette époque de la vie, et non comme un résultat de l'inflammation. — *L'estomac* est assez ordinairement distendu par des gaz; sa membrane muqueuse, assez épaisse et très-villeuse, offre toujours un aspect rose tendre, beaucoup moins tranché que celui de l'œsophage. L'intestin grêle est à peu près douze fois aussi long que la distance qui sépare la bouche de l'anus, tandis que chez l'adulte ce rapport n'est que de huit à un. Le gros intestin est également un peu plus long, toute proportion gardée que chez l'adulte. L'intérieur du *duodenum* offre le même aspect que celui de l'estomac; on y voit ainsi que dans le jejunum des traces assez saillantes de valvules conniventes. L'iléon moins rose est très-souvent le siége de glandes et de plexus mucipares. La valvule ileo-cœcale est extrêmement étroite, et n'admet une plume qu'après avoir été dilatée peu à peu. Le colon et surtout sa portion transverse présentent des bosselures assez prononcées.

Matières contenues dans le canal digestif. *L'œsophage*

renferme toujours des mucosités plus ou moins épaisses; on y trouve aussi quelquefois un liquide ayant beaucoup de ressemblance avec l'eau de l'amnios. Indépendamment des gaz qui distendent l'*estomac*, il existe dans ce viscère des mucosités d'une épaisseur variable et un liquide inodore, incolore, rougissant légèrement le papier de tournesol, au milieu duquel flottent dans quelques cas de petits flocons très-blancs, de consistance pulpeuse, s'écrasant sur l'ongle, ne fondant pas et ne tachant pas le papier comme la graisse. Le *duodenum* et le *jejunum* renferment le plus souvent des matières muqueuses, épaisses, blanchâtres, collantes aux parois des intestins, agglomerées dans certains endroits par petites masses ou pelotons de même couleur : très-souvent ces matières sont colorées en jaune, ce qui tient probablement à une portion de bile; enfin, on trouve quelquefois au milieu d'elles des pelotons ou petites masses, d'une couleur verte, *que l'on serait tenté de regarder comme du méconium;* mais nous remarquerons que long-temps après l'expulsion du méconium, et chez des enfans de huit à dix jours, il existe encore de ces flocons verdâtres disséminés à la surface de l'intestin grêle. La région *ileo-cœcale* offre souvent une accumulation de matières liquides, jaunes et écumeuses. Le gros intestin est toujours rempli de *méconium* d'un vert foncé et d'une consistance poisseuse. Ces faits démontrent jusqu'à l'évidence que la matière des intestins ne présente pas à l'époque de la naissance les mêmes caractères, dans tous les points du canal intestinal, et que le méconium n'occupe pas successivement comme on l'a dit, tous les points des intestins de manière à ar-

river dans le colon à la fin de la gestation. La matière poisseuse et verte renfermée dans le *gros intestin*, dit M. Billard, est le produit d'une véritable digestion fœtale, et mérite seule le nom de *méconium*.

Indépendamment des liquides dont nous venons de parler, il existe encore une couche de mucosités adhérentes aux parois du canal digestif, et qui, à raison de son épaisseur et de sa consistance, forme une sorte d'enduit sur la surface de la membrane muqueuse : c'est elle, et non la membrane muqueuse, qui, dans le gros intestin, est teinte en vert par le méconium. Or, comme cet enduit muqueux se détache dans le plus grand nombre de cas du premier au quatrième jour de la naissance, il suit que, passé cette époque, on ne trouvera plus l'intérieur du gros intestin coloré en vert. Ces considérations ont porté M. Billard à conclure « que lorsqu'on trouvera le colon teint fortement et uniformément en vert, on sera porté à croire que le méconium vient d'être récemment expulsé, et que l'enfant avait au moins un jour ou au plus trois jours; lorsqu'au contraire on verra cette coloration verte parsemée de taches déjà décolorées, on devra croire que l'expulsion du méconium est moins récente, et que l'enfant pouvait avoir de trois à quatre jours. » Tout en admettant que l'état du gros intestin peut être de quelque utilité pour reconnaître l'âge d'un nouveau-né, pendant les trois ou quatre premiers jours, nous sommes loin d'attacher à ce caractère la même importance qu'à celui que fournit le cordon ombilical (*V*. pag. 67).

Les organes des sens et de la génération pourraient encore nous fournir quelques caractères pour juger

si un enfant est à terme; cependant, comme ils sont moins saillans que les précédens, nous n'en ferons point mention : attachons-nous de préférence à décrire l'état des annexes à cette dernière époque de la grossesse.

Le *placenta* représente un disque ordinairement ovoïde, spongieux, vasculaire, de six à huit pouces de diamètre, épais de douze à quinze lignes au centre, et de quelques lignes seulement à la circonférence; il est formé de plusieurs lobes qu'enveloppe une tunique fort mince. La membrane *chorion* est incolore, lisse, transparente, dense, serrée et recouverte sur plusieurs de ses points d'une portion de la membrane caduque, qui est mince, molle, grisâtre et cotonneuse. La membrane *amnios*, moins mince que le chorion, est demi-diaphane, d'un blanc comme laiteux, élastique et assez tenace. L'eau de l'*amnios* est trouble, laiteuse et tient en suspension des flocons caséiformes, tandis qu'elle est claire et transparente au commencement de la grossesse. Le *cordon ombilical* est composé de la veine et des artères ombilicales, de l'ouraque, d'une substance molle gélatiniforme dont la quantité varie (gélatine de Warthon), de la gaine membraneuse fournie par l'amnios, et quelquefois des vaisseaux omphalo-mésentériques; il offre à peu près la longueur du fœtus, et la grosseur du petit doigt; sa forme est celle d'une colonne torse, présentant des bosselures de distance en distance. La *vésicule ombilicale* a disparu dans le plus grand nombre de cas; toutefois quand elle persiste jusqu'à la fin de la gestation, elle est située à un pouce ou à un pouce et demi de l'insertion du cordon au placenta, à la face

fœtale duquel elle adhère; elle offre alors deux ou trois lignes de diamètre. Les *vaisseaux omphalo-mésentériques* que nous avons dit n'être plus visibles en général à la fin du troisième mois, persistent quelquefois beaucoup plus long-temps, puisque Béclard les a vus chez un enfant de dix à douze ans.

QUATRIÈME LEÇON.

Des Ages pendant la vie extra-utérine.

Nous partagerons la vie extra-utérine, avec la plupart des auteurs, en cinq époques, savoir : la première enfance, la deuxième enfance, l'adolescence, l'âge adulte, et la vieillesse; la première enfance commence à la naissance et finit à la septième année. La deuxième enfance comprend l'espace qui sépare le commencement de la huitième année de la douzième année pour les filles, et de la quinzième pour les garçons. L'adolescence commence alors et finit à vingt-cinq ans. Depuis cette époque, jusqu'à la soixantième année on est dans l'âge adulte. Enfin, c'est à soixante ans que commence la vieillesse.

PREMIÈRE ENFANCE.

La première enfance a été subdivisée en trois époques : 1° depuis la naissance jusqu'à sept mois ; 2° depuis le septième mois jusqu'à la fin de la deuxième année; 3° depuis le commencement de la troisième année jusqu'à la deuxième enfance.

Première époque : depuis la naissance jusqu'à sept

mois. On ne saurait attacher trop d'importance à reconnaître l'âge d'un enfant né depuis peu de jours; nous dirons en effet, en parlant de l'*infanticide*, qu'il suffit quelquefois de déterminer approximativement qu'un enfant est né depuis cinq, dix, quinze ou vingt jours, pour prouver qu'il n'appartient pas à une femme que l'on accuse de l'avoir tué après l'avoir mis au monde. Or des questions de cette nature ne se présentent que trop souvent devant les tribunaux, qui, à défaut de preuves testimoniales, ne peuvent les résoudre que d'après les rapports des médecins : c'est ce qui nous engage à les traiter avec détail. Nous examinerons successivement les changemens qu'éprouvent le cordon ombilical, la peau, l'épiderme, le système osseux, le canal digestif et la vessie.

Cordon ombilical. On trouve dans les auteurs de médecine légale, que l'existence du cordon ombilical annonce que l'enfant est né depuis peu, tandis qu'on peut croire qu'il a vécu cinq jours environ, si le cordon est tombé; que, lorsqu'il est frais, humide, spongieux, bien adhérent au nombril, la mort a suivi de très-près la naissance; et qu'enfin il a joui pendant quelque temps de la vie, si le cordon est flétri, sec, brunâtre, détaché en partie ou en totalité, s'il y a au nombril une cicatrice complète ou un cercle rougeâtre qui suppure encore. Le cordon ombilical, étant sans contredit la partie du corps qui peut fournir les caractères les plus propres à reconnaître l'âge de l'individu dans la première période de la vie, on a lieu de s'étonner que son histoire n'ait pas été mieux approfondie. Nous avons tenté de remplir cette lacune en étudiant l'organe dont

il s'agit sur un assez grand nombre de sujets, et en engageant M. Billard, élève interne à l'hospice des Enfans trouvés, à se livrer à des travaux du même genre. (*Voyez* son mémoire dans les archives générales de médecine, tome 12.) Pour bien concevoir tout ce qui se rapporte à l'histoire médico-légale du cordon, il faut examiner sa *flétrissure*, sa *dessication*, sa *chute*, *le cercle rouge ou travail inflammatoire*, et *la cicatrisation de l'ombilic*.

Flétrissure. La flétrissure peut être regardée comme le premier degré de la dessication; elle arrive plus tard dans les cordons gras que dans ceux qui sont petits et minces. En général, on peut l'observer depuis le premier jusqu'au troisième jour de la naissance : ainsi sur 16 enfans dont le cordon était seulement *un peu flétri*, il y en avait 1 âgé de cinq heures, 6 d'un jour, 4 de deux jours et 4 de trois jours.

Dessication. La dessication du cordon peut commencer le premier, le deuxième et même le quatrième jour. Sur 86 enfans, il y en avait 24 chez lesquels la dessication commençait au sommet, arrivait à la moitié, ou s'étendait déjà près de la base du cordon ombilical: 7 n'avaient qu'un jour, 11 étaient âgés de deux jours, 3 de trois jours, et 3 de quatre jours. — Le plus ordinairement la dessication est complète vers la fin du troisième jour; quelquefois cependant elle est opérée dès la fin du premier jour, c'est lorsque le cordon est très-mince, tandis que dans d'autres circonstances, elle n'est à son maximum que vers le cinquième jour; sur 86 enfans, 25 offraient leur cordon entièrement sec; 5 étaient âgés de deux jours, 9 de trois jours,

5 de cinq jours, 4 de quatre jours, 1 d'un jour, 1 d'un jour et demi.

Pendant la dessication le cordon acquiert une couleur roussâtre, brune; il s'aplatit, se vrille: ses vaisseaux s'oblitèrent, deviennent tortueux et se dessèchent. — S'il est ordinaire de voir la dessication commencer par le sommet du cordon, quelquefois cependant elle se manifeste d'abord au niveau de la ligature, tandis que la partie du cordon qui le dépasse reste encore molle pendant quelque temps.

La dessication du cordon est un phénomène vital. Les preuves de ce fait important se tirent 1° de ce que la portion du cordon qui tient au placenta, se flétrit et se *pourrit* comme un corps inerte, tandis que la portion abdominale de ce cordon, offre tous les phénomènes de la dessication, 2° de ce que le cordon cesse de se dessécher aussitôt que la vie s'éteint, qu'il ne se dessèche pas du tout si l'enfant meurt en naissant, ou bien se trouve alors considérablement retardée; de ce que le cordon ombilical subit sur le cadavre une véritable putréfaction bien différente de la dessication normale: ainsi il reste mou et flexible; ses vaisseaux sont assez béans pour qu'on puisse y faire pénétrer une injection; il devient d'un blanc verdâtre, se fronce à son extrémité, se flétrit, l'épiderme se détache; enfin il tombe en putrilage du quatrième au cinquième jour. On voit rarement le cordon ombilical d'un enfant mort-né sécher avant le cinquième ou le sixième jour. Ces faits nous seront d'une grande utilité, plus tard, lorsque nous aurons à déterminer si l'enfant a vécu et le temps pendant lequel il a joui de la vie (*Voy.* 15e leçon, § 2, et

17ᵉ leçon, § 4); en effet, comme le dit M. Billard, lorsqu'on examine un fœtus quelque temps après sa naissance, ou lorsqu'on en fait l'exhumation, s'il porte encore son cordon, il faut bien observer si celui-ci offre les caractères de la dessication normale, c'est-à-dire, s'il est roussâtre, aplati, vrillé, et si ses vaisseaux sont oblitérés et desséchés; ou bien s'il est encore mou ou dans un état de putréfaction analogue à l'état général du cadavre: car dans le premier cas, l'enfant n'était pas mort-né, et pouvait avoir vécu un ou deux jours, puisque la dessication, qui n'a lieu que pendant la vie, avait déjà commencé; tandis que dans l'autre cas, l'enfant pourrait être mort-né ou n'avoir vécu que peu de temps, puisque le cordon ombilical, mollasse et seulement flétri, n'avait point encore éprouvé sa dessication normale. Toutes les fois que l'on rencontrera le cordon ombilical desséché, aplati, vrillé et noirâtre, sur le cadavre d'un enfant, celui-ci a dû vivre au moins un jour, cet état du cordon ne pouvant être un effet cadavérique.

Chute du cordon ombilical. Le plus ordinairement le cordon ombilical se sépare de l'abdomen du quatrième au cinquième jour; quelquefois il tombe plus tôt ou plus tard. Sur 16 enfans chez lesquels la chute de ce cordon venait d'avoir lieu, il y en avait deux âgés de deux jours, 3 de trois jours, 6 de quatre jours, 3 de cinq jours, 1 de six jours, et 1 de sept jours. On ne peut donc pas indiquer d'une manière *précise*, d'après ce seul caractère, l'âge d'un enfant nouveau né, quoiqu'il puisse servir dans beaucoup de cas à le faire connaître approximativement.

Cercle rouge à la base du cordon, ou travail inflammatoire. La chute du cordon ombilical n'est pas toujours précédée d'un cercle rouge à l'ombilic, bien au contraire, les cas où l'on remarque ce travail inflammatoire sont beaucoup plus rares que ceux où on ne l'observe pas. Sur 86 enfans de différens âges, 25 seulement ont présenté des traces évidentes de ce travail sur le contour du bourrelet ombilical. Chez 17 de ces enfans la rougeur de l'ombilic était accompagnée de tuméfaction, mais sans suppuration; chez les 8 autres il y avait, outre la rougeur et la tuméfaction, une suppuration bien établie. Ces enfans étaient âgés, savoir : 4 d'un jour, 9 de deux jours, 7 de trois jours, 2 de quatre jours, 2 de cinq jours; enfin 1 de quinze jours, dont le cordon était tombé depuis long-temps, et l'ombilic cicatrisé. Il suit évidemment de ce qui précède, que l'absence ou la présence d'un cercle rouge à l'ombilic ne saurait être considérée comme un caractère de grande valeur pour reconnaître si l'enfant est mort avant, pendant ou après l'accouchement (1).

Cicatrisation de l'ombilic. La cicatrisation de l'ombilic est complète, et ce suintement de l'ombilic est tari, dans le plus grand nombre des cas, du dixième au douzième

(1) Le travail inflammatoire dont nous venons de parler, et qui semblerait devoir hâter la chute du cordon ombilical, paraît au contraire la retarder, comme on a pu s'en convaincre en examinant les vingt-cinq enfans qui avaient présenté des traces évidentes de ce travail.

jour. Souvent cette cicatrice est fermée plus tôt, et le mode d'implantation du cordon ombilical à l'abdomen est une des causes du temps plus ou moins long qu'elle exige pour être achevée. Si le cordon est mince, grêle, et que le bourrelet cutané qui l'environne peu saillant et peu prononcé, se fronce déjà sur lui-même, la cicatrice se fait promptement. Si, au contraire, le cordon est épais, large à sa base, et que le bourrelet cutané soit volumineux et avancé sur le cordon de trois, quatre ou six lignes, la cicatrisation se fait plus tard. On peut dire, en d'autres termes, qu'un ombilic mince correspond à un cordon grêle et que la cicatrisation a dû se terminer avant le dixième jour; tandis qu'un ombilic très-saillant annonce que le cordon était très-probablement épais, et dans ce cas la cicatrisation s'est opérée plutôt après qu'avant le dixième jour.

Peau et chute de l'épiderme. Si la peau du cadavre est molle, unie, rose, recouverte d'un enduit sébacé blanchâtre, on est porté à croire que la mort a suivi de très-près la naissance. Si la matière qui forme cet enduit est desséchée et fanée, il est permis de supposer que le nouveau-né a été exposé pendant quelque temps à l'air. Si la peau est rude, terne, jaunâtre, sans enduit, on peut soupçonner que l'enfant a vécu pendant quelque temps. Si l'*épiderme* tombe en desquammation, ou s'enlève par petites écailles, par fragmens membraneux, l'enfant a joui pendant quelque temps de la vie, d'après MM. Chaussier, Capuron, etc. Le caractère tiré de la chute de l'épiderme nous ayant paru susceptible d'être mieux précisé, nous avons engagé M. Billard à profiter de son séjour à l'hospice des

Enfans trouvés, pour examiner tout ce qui se rapporte à l'exfoliation de l'épiderme.

Manière dont se fait l'exfoliation de l'épiderme. En s'exfoliant, l'épiderme présente des lignes ou sillons, des écailles plus ou moins larges, des lames irrégulières d'une grandeur variable, enfin une sorte de poussière. Cette exfoliation commence dans la plupart des cas par l'abdomen, puis par la base de la poitrine, les aines, les aisselles, l'espace interscapulaire, les membres, les pieds et les mains.

Les lignes ou sillons se remarquent très-fréquemment. On les voit surtout à l'abdomen, à la base de la poitrine, aux plis de l'aine et de la région inguinale, au cou, au poignet, au plis du bras, au jarret et sur le coude-pied. Ces lignes affectent ordinairement une forme demi-circulaire; elles sont le résultat des fissures, qui s'opèrent à la surface de l'épiderme; elles ressemblent d'abord aux éraillures de la peau sur l'abdomen des femmes enceintes, mais bientôt elles en diffèrent en ce que les bords de chaque fissure se soulèvent et se renversent.

Les écailles épidermiques s'observent sur les parties latérales de la poitrine, au milieu des membres, sur les épaules, entre les deux omoplates, à la paume des mains et à la plante des pieds, au front, sur les fesses, aux coudes, enfin aux extrémités des doigts. Ces écailles sont quelquefois furfuracées, d'autres fois ce sont des lamelles assez grandes; toujours elles sont irrégulières.

L'exfoliation par lames diffère à peine de celle dont nous parlons; elle résulte souvent de ce que l'épi-

derme vient à se soulever sur l'abdomen ou sur les membres depuis une ligne jusqu'à une autre; une large couche épidermique se détache de la peau, et l'on doit toujours considérer alors comme en pleine activité, le phénomène dont il s'agit.

Il est des sujets chez lesquels l'exfoliation de l'épiderme se fait sans la moindre apparence de lignes, ni de sillons, ni de lames. L'épiderme tombe pour ainsi dire en poussière, sans qu'il soit possible d'observer des périodes régulières; l'exfoliation se fait d'une manière *insensible*.

Dès que l'épiderme se soulève, le derme apparaît au-dessous, rouge et humide; cette humidité, produit de la sécrétion cutanée, ne tarde pas à se dessécher et à se concreter de manière à donner naissance à un nouvel épiderme, dont la formation est extrêmement prompte. Si la sécrétion dermique est trop abondante pour être aussitôt concrétée, si quelque cause s'oppose à son organisation, alors l'épiderme secondaire ne se forme pas; et il en résulte des excoriations humides dans diverses parties du corps, mais surtout au pli de l'aine ou de l'aisselle.

Époque à laquelle commence l'exfoliation de l'épiderme. Sur 86 enfans, l'exfoliation de l'épiderme n'était pas encore commencée chez 43, tandis qu'elle avait lieu chez les 43 autres. Parmi les 43 premiers, 14 étaient âgés *d'un* jour, 11 de *deux*, 9 de *trois*, 5 de *quatre*, 2 de *cinq*, 1 de *neuf* et 1 de *dix*. Aucun enfant mort-né ne présentait des traces d'exfoliation naturelle de l'épiderme.

Exfoliation de l'épiderme chez 43 enfans. Elle *commençait* à peine chez 11 d'entre eux, tandis qu'elle était

en pleine activité chez les 32 autres. Chez *trois* des onze premiers enfans, l'épiderme n'était encore ni fendillé, ni écailleux, mais il commençait à perdre çà et là et surtout à l'abdomen, son adhérence avec la peau, car en le pinçant ou en le frottant, il semblait se mouvoir lui seul sous la pression des doigts; il était excessivement sec et contrastait par son aspect avec les autres parties du corps où la peau était lisse et l'épiderme parfaitement tendu sur elle; il offrait quelque ressemblance avec les pellicules qui se forment à la surface du lait, quand il est sur le point d'entrer en ébullition. Ces enfans étaient âgés, l'un d'un jour et demi, l'autre de deux jours, et le troisième de trois. Le lendemain et les jours suivans, on voyait des lignes fendillées et des écailles nombreuses; enfin l'épiderme est tombé. —Les 8 autres enfans chez lesquels l'exfoliation était *à peine commencée* ne présentaient que quelques lignes à l'abdomen et à la base de la poitrine; 3 étaient âgés d'un jour, 1 de trois jours, 1 de quatre jours et 3 de deux jours; chez ces trois derniers, on voyait de légères écailles à l'aisselle, et des lignes dans le sens des plis du cou et de l'aine.

L'exfoliation était *en pleine activité* chez 32 sujets; un seul était âgé d'un jour, 7 de deux jours, 9 de trois jours, 5 de quatre jours, 6 de cinq jours, 1 de sept jours, 2 de neuf jours et 1 de quinze jours.

Époque à laquelle finit l'exfoliation de l'épiderme. La durée du temps pendant lequel s'effectue cette exfoliation est très-variable. Elle peut se terminer au trentième, au quarantième jour et même au deuxième mois.

Elle dure bien plus long-temps chez les enfans qui tombent dans le marasme, par suite d'affections chroniques.

Différences entre l'exfoliation naturelle de l'épiderme et le soulèvement produit par des maladies, ou par la putréfaction. Dans l'exfoliation naturelle, la peau a bien la coloration rosée particulière aux nouveaux-nés, mais elle est rarement enflammée; l'épiderme, toujours sec, ne tombe pas après avoir été soulevé par un fluide, il se fendille et se renverse en se roulant comme une coquille; si on cherche à l'enlever avec les doigts, il se brise aussitôt, et l'on ne voit pas se déchirer en même temps les connexions celluleuses et vasculaires qu'il pourrait avoir avec le derme.

Les phlyctènes qui précèdent la gangrène, ou les bulles érysipélateuses, sont toujours accompagnées d'un épanchement sous-épidermique d'un fluide sanguinolent ou séreux, et n'existent d'ailleurs qu'au niveau des parties enflammées. Quant aux vésicules et aux pustules, leur aspect est trop tranché pour que l'on puisse les confondre avec l'exfoliation dont il s'agit.

Le soulèvement de l'épiderme, qui est le résultat de le putréfaction, est accompagné d'un état général de décomposition, propre à donner l'éveil sur la cause qui le détermine. D'ailleurs, on observe en arrachant les lames épidermiques putréfiées, des tractus ou filamens peu résistans, mais susceptibles cependant de s'allonger assez pour qu'on puisse aisément les voir, ce qui n'a pas lieu dans l'exfoliation naturelle.

Conclusions. Il résulte de ce qui précède, 1° que l'exfoliation épidermique est un phénomène de la vie extra-

utérine, puisqu'on ne l'observe pas chez des fœtus au sortir de l'utérus; par conséquent lorsqu'on pourra constater qu'elle existe sur le cadavre d'un enfant, on conclura que ce cadavre n'est pas celui d'un enfant mort-né, pourvu que l'on évite dans ce cas de confondre la chute de l'épiderme par la putréfaction avec l'exfoliation naturelle; 2° qu'elle commence à une époque extrêmement variable; toutefois elle n'a jamais lieu immédiatement après la naissance, et il faut au moins qu'un jour s'écoule pour qu'elle se manifeste, d'où il suit que toutes les fois qu'on verra sur le corps d'un enfant l'épiderme se fendiller et se soulever, il sera permis de soupçonner que l'enfant a au moins un jour; 3° que c'est du troisième au cinquième jour qu'elle est dans la plus grande activité chez la plupart des enfans; 4° qu'il n'est guère permis de rien statuer de général sur sa durée et sa terminaison, ce phénomène présentant, sous ce rapport, des variétés infinies; 5° que dans tous les cas, avant de chercher à tirer des conséquences médico-légales de l'état de l'épiderme, il importe de reconnaître, ce qui n'est pas difficile, si l'exfoliation de la couche épidermique est naturelle, ou si elle est le résultat d'une maladie ou de la putréfaction.

Système osseux et dentaire. Vers le cinquième mois on trouve les premiers linéamens de l'os dans le cuboïde du tarse. L'ossification des dents de la deuxième dentition, qui sont encore contenues dans les alvéoles, commence pour les incisives et pour la première grosse molaire entre trois et six mois.

Canal digestif et vessie. Si l'*estomac* ne contient que peu de mucosités, si le gros *intestin* est encore

rempli de méconium, s'il y a beaucoup d'urine dans la *vessie*, la mort a probablement suivi de très-près la naissance; l'enfant au contraire sera présumé avoir vécu pendant quelque temps, si l'estomac renferme du lait ou d'autres substances alimentaires, s'il n'y a plus de méconium dans l'intestin ni d'urine dans la vessie. *Voyez* pour plus de détails sur le méconium la page 63.

Les caractères suivans indiqués par M. Fodéré et par d'autres auteurs de médecine légale, nous paraissent tout au plus devoir être considérés comme secondaires dans la solution du problème qui nous occupe. Jusqu'au quarantième jour, l'enfant est faible et petit; sa tête est molle et plus ou moins penchée en avant, en arrière ou sur les côtés, suivant sa vigueur naturelle. La fontanelle antérieure est d'autant plus molle qu'il s'approche moins du quarantième jour. Ses yeux sont peu sensibles à la lumière; il ne voit ni n'entend; ses cris ont fort peu d'étendue; la chair est molle, le nombril saillant. Du deuxième au cinquième mois ses pleurs sont plus marqués; sa tête est redressée; ses traits formés; il est plus coloré; ses yeux cherchent la lumière ou les objets brillans; il s'agite à l'occasion d'un bruit très-fort, le sommeil a plus de durée; il a plus besoin de téter; enfin sa stature est plus marquée. Du sixième au septième mois, il témoigne du plaisir à voir sa nourrice et d'autres personnes; il porte ses doigts et tous les corps durs à la bouche; il mâche le pain avec facilité. (*Fodéré*, Médecine légale, t. I, p. 10.) La connaissance des maladies auxquelles l'enfant est sujet pendant cette époque de la vie, nous semble encore beaucoup moins propre à résoudre le problème que les caractères dont

nous venons de parler en dernier lieu ; aussi ne ferons-nous pas l'énumération de ces affections.

Deuxième époque. Depuis le septième mois jusqu'à la fin de la deuxième année. Cette époque est caractérisée par l'éruption des dents et par les changemens qu'éprouve le système osseux.

Eruption des dents infantiles ou de lait, au nombre de vingt. Elle n'a lieu que lorsque la formation de leur racine est déjà assez avancée, et commence *le plus souvent* entre le sixième et le quatorzième mois. Il est rare que les enfans viennent au monde avec des dents; cependant on en a vu qui en avaient deux, quatre et même six à l'époque de la naissance, quelquefois aussi l'éruption n'a lieu qu'au bout de deux ou trois ans, et même plus tard. Baumes dit avoir connu un homme qui n'avait jamais eu de dents. L'éruption se fait ordinairement dans l'*ordre* suivant : les incisives moyennes inférieures, les incisives moyennes supérieures, les incisives latérales inférieures, les incisives latérales supérieures : on a cependant vu quelquefois les incisives latérales pousser avant les moyennes ; viennent ensuite les premières molaires inférieures, les premières molaires supérieures, les canines d'en bas, celles d'en haut, les deuxièmes molaires inférieures, et enfin les deuxièmes molaires supérieures. C'est à tort que les auteurs ont indiqué la sortie des canines avant celle des premières molaires ; car si on l'observe quelquefois, le contraire a plus souvent lieu ; on voit même dans certains cas les deuxièmes molaires pousser avant les canines. Il est des circonstances rares où ces dernières poussent avant les incisives ; on voit encore quelque-

fois les dents de la mâchoire supérieure sortir avant celles d'en bas; d'autres fois les dents poussent toutes en même temps. En général il n'y a que quelques jours d'intervalle entre la sortie d'une dent d'un côté de l'os et de la dent correspondante de l'autre côté.

Les incisives paraissent au dehors entre le huitième et le douzième mois. Les premières molaires sortent entre dix-huit mois et deux ans; les canines et les deuxièmes molaires ne tardent pas à les suivre: ces dernières ont paru ordinairement à deux ans et demi. On distinguera les vingt dents de lait des dents correspondantes de la deuxième dentition aux caractères suivans: les incisives et les canines infantiles sont plus petites que les incisives et les canines de l'adulte: les premières molaires supérieures offrent quatre tubercules à leur couronne, et leur racine à trois divisions, dont deux sont réunies entre elles; les secondes molaires supérieures ont une couronne à cinq tubercules, leur racine présente trois divisions séparées et divergentes: les premières et les deuxièmes molaires inférieures ont une racine à deux divisions, mais dans les deuxièmes molaires, l'une des divisions est double et offre deux trous. Les premières et les deuxièmes molaires de la seconde dentition n'ont que deux tubercules à leur couronne, ce qui leur a fait donner le nom de bicuspidées; leur racine est simple et un peu fourchue au bout.

L'ossification de la dent canine de la deuxième dentition commence du septième au dixième mois.

Système osseux. La partie moyenne de l'apophyse coracoïde du *scapulum* s'ossifie à peu près à *un an;* on

voit à cette même époque un point osseux dans le grand os et dans l'os crochu du carpe, dans les cartilages de l'extrémité inférieure de l'humérus et du cubitus, dans les têtes du fémur et de l'humérus, dans le cartilage supérieur du tibia, dans l'os cunéiforme du tarse, dans la deuxième vertèbre du coccyx. Les lames des vertèbres sont unies entre elles, de manière que les deux masses apophysaires forment un seul arc postérieur, excepté dans les deux premières vertèbres du cou, dans les lombaires et dans celles du sacrum. A *deux ans*, on découvre un petit point osseux dans le cartilage inférieur du radius, au milieu du cartilage de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné; on voit aussi le noyau osseux qui doit former le bord externe de la *poulie de l'humérus*. (*Béclard*, Mémoire sur l'ostéogénie, dans le Nouveau Journal de médecine, année 1819.)

Nous rejeterons, comme caractères de la période de la vie dont nous parlons, les maladies auxquelles l'enfant est exposé, et nous n'attacherons qu'une médiocre importance à des phénomènes d'un autre genre mentionnés par les auteurs, et que nous allons faire connaire : à *un an*, l'enfant commence à articuler des sons; il est jaloux de sa nourrice; il n'éprouve plus ce mouvement semblable au hoquet qu'il avait souvent dans les premiers mois; il commence à pouvoir retenir ses excrémens; il balbutie des mots; les mouvemens sont plus sûrs et la progression moins chancelante.

Troisième époque : depuis deux ans jusqu'à sept. *Éruption et ossification d'autres dents*. Les troisièmes dents molaires paraissent entre quatre et cinq ans; elles ne doivent pas tomber avec les dents de lait. L'os-

sification des deux petites molaires de la *seconde dentition* commence dès l'âge de trois ans, et celle de la seconde grosse molaire six mois après.

Chute des vingt dents de lait. Ces dents tombent ordinairement vers l'âge de sept ans et sont remplacées par d'autres; leur chute se fait à peu près dans le même ordre que l'éruption; toutefois elle n'est complète qu'au bout de plusieurs années; ainsi l'on remarque souvent que la première, la deuxième molaire et la canine, ne sont pas encore tombées à l'âge de douze ou de treize ans. Presque toujours les racines des dents sont détruites en partie ou en totalité, au moment de la chute; la couronne est aussi très-sensiblement usée à la surface libre. On peut tirer de l'usure plus ou moins grande des racines des dents, des caractères assez importans pour apprécier approximativement l'âge dans cette période de la vie. Ce que nous venons de dire de la chute des dents de lait, n'est pas tellement constant qu'il n'y ait point d'exceptions: M. Duval a rencontré les deux incisives moyennes *infantiles* de la mâchoire inférieure, chez deux personnes de quarante ans; elles étaient un peu plus jaunes et un peu plus courtes que celles qui avaient été remplacées. M. Murat a vu un jeune homme de dix-sept ans, qui n'avait perdu que cinq dents de lait.

Système osseux. A *deux ans et demi*, on remarque un point d'ossification dans la grande tubérosité de la tête de l'humérus, dans la rotule, dans l'extrémité inférieure des quatre derniers os du métacarpe. Les masses apophysaires de la première et de la deuxième vertèbres cervicales, des dernières lombaires et des inférieures

du sacrum, sont unies entre elles. A *trois ans* le trochanter et l'os pyramidal du carpe commencent à s'ossifier. A *quatre ans*, il existe un noyau osseux dans le deuxième et le troisième os cunéiformes du tarse. A *quatre ans et demi*, la petite tubérosité de la tête de l'humérus et le cartilage supérieur du péroné présentent un point d'ossification; les masses apophysaires des vertèbres sont assez unies entre elles pour compléter l'arc postérieur. Le trapèze, l'os lunaire du carpe et le scaphoïde du tarse, offrent un noyau osseux à *cinq ans*. A *six ans*, la branche descendante du pubis et la branche ascendante de l'ischium se rencontrent. A *sept ans*, il existe une épiphyse pour l'épitrochlée de l'humérus, et une épiphyse mince dans l'extrémité supérieure des phalangines des doigts.

Il nous semble inutile d'ajouter que pendant cette période de la vie les sens se perfectionnent successivement, les membres reçoivent des formes plus prononcées, etc.; des caractères de cette nature, outre qu'ils sont connus de tout le monde, ne présentent pas assez de précision pour déterminer l'âge d'un enfant à deux ou trois ans près.

DEUXIÈME ENFANCE.

La deuxième enfance commence avec la huitième année et finit à douze ans pour les filles et à quinze ans pour les garçons, c'est-à-dire à l'époque de la puberté. C'est particulièrement dans les premiers temps de cette période que se fait la chute des dents de lait, dont nous avons fait mention à la page 82. Les qua-

trièmes molaires paraissent entre la huitième et la neuvième année; elles ne doivent pas tomber avec les dents de lait. L'ossification de la cinquième molaire (dent de sagesse) commence vers dix ans. Les incisives, les canines, la première et la deuxième molaires de la deuxième dentition, sortent depuis sept jusqu'à dix ou onze ans, après la chute des dents de lait qu'elles remplacent; ordinairement la canine ne pousse qu'après les deux molaires.

Système osseux. A *huit ans*, on voit un point osseux dans le scaphoïde du carpe; entre huit et neuf ans, il en existe un très-mince dans le cartilage supérieur du radius. A *neuf ans*, on en aperçoit un dans le trapézoïde du carpe, et les trois points primitifs de l'os coxal (l'ilium, l'ischium et le pubis) se rencontrent vers le fond de la cavité cotyloïde. A *dix ans*, le cartilage qui surmonte l'olécrâne offre un point osseux. Le pisiforme du carpe commence à s'ossifier à *douze ans*, époque à laquelle on voit aussi un point osseux dans le bord interne de la poulie de l'humérus. A *treize ans*, les trois portions de l'os coxal peuvent encore être séparées, mais bientôt après elles se confondent; il y a un point ossifié dans la petite tubérosité de la tête du fémur: le col de cet os est également ossifié. Les cartilages du larynx ne tardent pas à devenir osseux, le cricoïde et le thyroïde d'abord, puis les aryténoïdiens.

Est-il nécessaire de faire remarquer que pendant cette période de la vie les facultés intellectuelles, et surtout la mémoire acquièrent un grand développement; que les os deviennent plus compactes, et que le corps prend son accroissement en longueur?

ADOLESCENCE.

L'adolescence comprend l'espace qui sépare la douzième année de la vingt-unième chez les femmes, et la quinzième de la vingt-cinquième chez les hommes. Elle s'annonce chez ces derniers par le développement des organes génitaux, la sécrétion du sperme, l'agrandissement du thorax, la force de la voix, qui jusqu'alors avait été grêle et qui devient grave et sonore; le pubis, les aines et les aisselles se recouvrent de poils, la barbe paraît quelque temps après. Chez la femme on observe que les mamelles se développent, que la menstruation s'établit, que le pubis et les aisselles se recouvrent également de poils; les changemens de la voix sont moins sensibles que chez l'homme. Cette époque a été subdivisée par Zacchias en trois périodes, qu'il a désignées sous les noms de *puberté commençante*, de *puberté entière* et de *puberté achevée*.

La cinquième molaire (dent de sagesse) paraît ordinairement à dix-huit, vingt ou vingt-cinq ans; toutefois il y a des exemples d'éruption beaucoup plus tardive, puisqu'Hamilton rapporte qu'un homme mourut à l'âge de quatre-vingts ans, par suite de ce travail. Le *système osseux* éprouve des changemens notables pendant cette époque. A *quinze ans*, l'apophyse coracoïde de l'omoplate s'unit à cet os au-dessus de la cavité glénoïde, et l'on aperçoit déjà à son sommet plusieurs points osseux irréguliers. Entre la quinzième et la seizième année, l'épiphyse de l'apophyse olécrâne se soude au reste de l'os. A *seize ans*, on voit des épiphyses dans le cartilage qui forme le pourtour de l'os coxal: l'épicon-

dyle de l'humérus offre un point osseux. Entre la seizième et la dix-septième année, les cinq épiphyses des phalangettes des orteils se réunissent à l'os : il en est de même à dix-sept ans pour les épiphyses postérieures des phalangines des orteils. A *dix-huit ans*, l'épitrochlée, les trois épiphyses de l'extrémité supérieure du fémur, les épiphyses des extrémités postérieures des phalanges des orteils et des extrémités supérieures des phalangines des doigts se réunissent au corps des os. De dix-huit à dix-neuf ans, les épiphyses des extrémités antérieures des quatre derniers os métatarsiens se confondent avec le corps de l'os; il en est de même à *dix-neuf ans*, pour l'épiphyse supérieure du premier os métacarpien, et pour les épiphyses des extrémités supérieures des phalanges des doigts. De dix-neuf à vingt ans, les épiphyses des extrémités inférieures des quatre derniers os métacarpiens se réunissent aux os. A *vingt ans*, il y a une épiphyse mince à l'extrémité sternale de la clavicule; les deux épiphyses supérieure et inférieure du péroné se réunissent à l'os; il en est de même après vingt ans pour l'épiphyse inférieure du fémur. A *vingt-cinq ans*, l'épiphyse de l'extrémité sternale de la clavicule et la crête de l'ilium se confondent avec le corps de ces os.

On objectera sans doute que les caractères fournis par l'ostéogénie offrent l'inconvénient de ne pouvoir être constatés qu'après la mort; mais nous observerons que dans la plupart des cas où le médecin est obligé de résoudre une question relative à l'âge, l'individu n'est plus vivant. Peut-être demandera-t-on aussi si nous prétendons que les changemens éprouvés par

les os arrivent constamment aux époques indiquées dans cet article. Assurément non, il est impossible que la nature ne présente pas des variétés à cet égard, mais il suffit que, dans le plus grand nombre de cas, ces changemens soient tels que nous les avons décrits d'après Béclard, pour devoir attirer l'attention des médecins.

AGE ADULTE.

L'âge adulte comprend la jeunesse qui finit à quarante ans, et la virilité qui s'étend depuis la quarantième jusqu'à la soixantième année. Il est extrêmement difficile de préciser l'âge pendant cette période de la vie : dirons-nous, avec les auteurs, que le ventre grossit, que la barbe est plus touffue et plus rude, que les poils et les sourcils sont plus multipliés, que les cheveux blanchissent et deviennent plus rares, que le front se ride? Ces caractères et beaucoup d'autres que nous passons sous silence, offrent des différences tellement grandes sur les différens sujets, qu'ils induisent souvent en erreur, et que malgré l'habitude que l'on a de juger les âges d'après leur ensemble, on se trompe quelquefois de cinq, huit ou dix ans. L'usure de la couronne des dents présente-t-elle quelque chose de plus certain? Il semblerait, au premier abord, que l'usure ayant lieu chez tous les individus et suivant les progressions de l'âge, on dût la faire servir avantageusement à reconnaître celui-ci; mais si l'on observe que les dents sont peu résistantes et s'usent beaucoup plus promptement chez les personnes d'une constitution faible, que tous les individus ne mâchent pas également les alimens qu'ils prennent,

que la quantité de ces alimens varie, qu'il est des personnes qui font un plus grand usage des dents incisives que des molaires, et *vice versâ*, qu'il en est d'autres chez lesquelles les incisives sont rapidement atteintes par l'usure parce que les molaires manquent, que dans certains cas l'une des deux mâchoires est plus ou moins prolongée et les dents disposées obliquement, ce qui ne leur permet pas de se rencontrer par leur sommet, et alors l'usure se marque principalement aux faces qui se touchent le plus fréquemment, que dans quelques circonstances enfin les dents sont usées par suite de certains mouvemens comme convulsifs des mâchoires qui ont particulièrement lieu pendant le sommeil, on verra qu'il n'est guère possible de tirer de l'usure de la couronne des dents des caractères propres à résoudre le problème qui nous occupe.

VIEILLESSE.

La vieillesse commence à soixante ans, et finit entre la quatre-vingt-quatrième et la quatre-vingt-cinquième année; depuis cette dernière époque jusqu'à la mort, on la désigne plus particulièrement sous le nom de *décrépitude*. La difficulté de préciser les âges pendant la vieillesse, n'est pas moindre que dans la période précédente. La blancheur des cheveux, de la barbe et des poils, les rides du visage, la couleur cendrée de la peau, l'obscurcissement de la vue, la dureté de l'ouïe, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, l'état d'imbécillité dans lequel on finit par tomber, la diminution des forces, la courbure de l'épine, le changement de forme de la mâchoire inférieure qui s'allonge, s'aplatit et

s'avance, l'usure, la chute des dents, la raideur des articulations, l'agrandissement de la cavité des os longs, et l'amincissement de leurs parois, le refroidissement des extrémités, l'inertie de l'appareil générateur, la constipation, les excrétions alvines involontaires, la lenteur et l'intermittence du pouls, tels sont les principaux caractères propres à faire juger l'âge d'un vieillard : or, ces caractères sont loin de se manifester aux mêmes époques chez tous les individus.

En terminant ce travail, nous croyons devoir faire connaître une série d'observations intéressantes, faites par M. Sue, dans le dessein de déterminer la grandeur commune de l'homme dans ses différens âges, et les proportions du tronc et des extrémités. La longueur totale des sujets a été prise depuis le vertex jusqu'à la plante des pieds; on a ensuite mesuré en particulier le tronc, depuis le vertex jusqu'à la symphyse du pubis. La longueur des extrémités supérieures a été prise depuis le bord de l'acromion jusqu'à l'extrémité des doigts; et celle des membres abdominaux, depuis la symphyse du pubis jusqu'aux plantes des pieds.

Enfant d'un an, dont la grandeur était d'un pied dix pouces et demi. Longueur du tronc, treize pouces six lignes; des extrémités supérieures, neuf pouces; des extrémités inférieures, neuf pouces. *Enfant* de trois ans, dont la grandeur était de deux pieds neuf pouces et quelques lignes. Longueur du tronc, dix-neuf pouces environ; extrémités supérieures, quatorze pouces; membres abdominaux, quatorze pouces et quelques lignes. *Enfant* de dix ans, dont la grandeur était de trois pieds huit pouces six lignes. Longueur du tronc, deux

pieds; extrémités supérieures, un pied sept pouces; membres abdominaux, un pied huit pouces six lignes. *Sujets* de quatorze ans, de quatre pieds sept pouces. Longueur du tronc, deux pieds quatre pouces; extrémités supérieures, deux pieds six lignes; membres abdominaux, deux pieds trois pouces. *Sujets* de vingt à vingt-cinq ans, de cinq pieds quatre pouces. Longueur du tronc, deux pieds huit pouces; extrémités supérieures, deux pieds six pouces; extrémités inférieures, deux pieds huit pouces.

Vers l'âge de vingt à vingt-cinq ans, le bord supérieur de la symphyse des os pubis fait précisément le point du milieu entre le sommet de la tête et la plante des pieds; avant cet âge, ce centre varie continuellement. Les sujets de trente et quarante ans, ceux de cinquante et soixante; ne présentent aucun changement dans la grandeur des proportions, si ce n'est dans certains os particuliers, en sorte que le rapport se conserve tel qu'il était à vingt ou à vingt-cinq ans, à moins que l'épine du dos ne se courbe comme on le voit dans la vieillesse. (*Sue*, sur les Proportions du squelette de l'homme, dans les Mémoires présentés à l'Académie royale des sciences, tome II, 1755.) Ces observations ont été variées et faites sur des sujets bien conformés, dont la taille n'était ni trop grande ni trop petite, relativement à l'âge où on les examinait; il serait à désirer qu'elles fussent continuées sur un assez grand nombre d'individus pour fournir des *proportions moyennes*; dont on ne manquerait pas de tirer beaucoup de parti dans la détermination des âges.

Des questions d'Identité.

Les jurisconsultes sont quelquefois appelés à décider si une personne est réellement la même que celle qui a été perdue ou que l'on cherche. Nous ne croyons pas devoir mentionner les diverses circonstances où une semblable question peut être agitée ; l'examen des faits propres à l'éclairer, et qui sont du ressort de la médecine, doit seul nous occuper ici. Voici quel est l'état de la législation actuelle sur ce point.

« La filiation des enfans légitimes se prouve par les actes de naissance inscrits sur le registre de l'état civil. » (Code civil, art. 319.)

» A défaut de ce titre, la possession constante de l'état de l'enfant légitime suffit. » (*Ibid.*, 320.)

» La possession d'état s'établit par une réunion suffisante de faits, qui indiquent le rapport de filiation et de parenté entre un individu et la famille à laquelle il prétend appartenir. Les principaux de ces faits sont : que l'individu a toujours porté le nom du père auquel il prétend appartenir; que le père l'a traité comme son enfant, et a pourvu en cette qualité à son éducation, à son entretien et à son établissement; qu'il a été reconnu constamment pour tel dans la société; qu'il a été reconnu pour tel dans la famille.» (*Ibid.*, art 321.)

» A défaut de titre et de possession constante, ou si l'enfant a été inscrit, soit sous de faux noms, soit comme né de père et mère inconnus, la preuve de filiation peut se faire par *témoins*.

» Néanmoins cette preuve ne peut être admise que lorsqu'il y a commencement de preuve par écrit, ou lorsque les présomptions ou *indices* résultans des faits dès lors con-

stans, sont assez graves pour déterminer l'admission. » (*Ibid.*, art. 323.)

Or l'appréciation des *indices* dont il est fait mention dans l'article 323, exige quelquefois l'avis des gens de l'art. Rien ne nous paraît plus propre à prouver cette assertion que la consultation de Louis, relative à *Baronet*, dont nous allons donner un extrait :

Remi *Baronet*, né le 18 mai 1717, quitta son pays natal à l'âge de vingt-cinq ans, et ne fut de retour que vingt-deux ans après. La veuve *Lamort*, sa sœur, qui avait recueilli sa portion d'hoirie, ne voulut point le reconnaître, quoique plusieurs personnes affirmassent positivement que c'était lui. Elle imagina, de concert avec le curé de la paroisse, de le faire passer pour le fils de François *Babilot*, qui était absent depuis plusieurs années. *Babilot* hésite d'abord ; mais bientôt après il cède aux insinuations de l'intrigue, et l'on publie partout qu'il est le père de *Baronet* ; celui-ci est flétri, et condamné aux galères perpétuelles par le bailliage de Reims, comme faussaire et spoliateur de successions sous un nom supposé. *Baronet* avait déjà subi deux années de la peine, lorsqu'on demande que le procès soit révisé au parlement de Paris, parce qu'on a lieu de soupçonner la fourberie de la veuve *Lamort* et de ses conseils. C'est alors que Louis est requis de donner son avis sur les chefs suivans :

1° En 1777, *Baronet* avait soixante ans, tandis que *Babilot*, qui était né en 1731, n'en avait que quarante-six. Est-il possible de prendre un homme de soixante ans pour un homme de quarante-six ans ? Ici, Louis

déclara que le condamné paraissait avoir réellement soixante ans.

2° *Babilot* fils avait à la cuisse une tache de vinaigre de la largeur d'un écu de 6 francs, tandis que *Baronet* ne l'avait pas. On demanda si ces taches (*envies*, *désirances*) pouvaient établir une distinction. De pareilles marques sont indélébiles, répondit Louis, et l'on ne peut les faire disparaître qu'à l'aide de caustiques qui laissent après eux des cicatrices, ou en peignant la couleur de la peau: or rien ne prouve que de pareils moyens aient été mis en usage chez *Baronet*.

3° *Babilot* ne boitait pas; il était bel homme, bien fait, quoique ses épaules fussent hautes. *Baronet* était voûté, d'une taille au-dessous de cinq pieds; il avait une jambe plus courte que l'autre, et les malléoles très-grosses. On voulut savoir s'il était possible de se tromper aux traits de ressemblance répandus sur le corps de ces individus. L'élévation des épaules de *Babilot*, répondit Louis, ne saurait être confondue avec les vices de conformation dont *Baronet* est atteint; chez celui-ci, en effet, la colonne de l'épine est contournée, ce qui tient peut-être à l'habitude qu'il a contractée de marcher incliné de côté pour corriger en partie les inconvéniens de la claudication. Quant aux traits du visage, ils ont pu être altérés par l'âge au point de faire naître chez les personnes qui sont restées plusieurs années sans voir ces individus, des idées extrêmement confuses. On assure, il est vrai, que *Baronet* avait eu une épaule luxée et un bras fracturé par une chute, et pourtant l'individu soumis à l'examen ne présente aucune trace de semblables lésions; mais il est possible,

dit Louis, que *Baronet* ait cru avoir le bras fracturé parce qu'on le lui aura dit.

4° L'un et l'autre avaient des cicatrices à la joue et à la gorge, mais *Baronet* en avait une au sourcil, suite d'un coup de pierre attesté par celui qui l'avait lancée. Suivant tous les récits, répondit Louis, *Babilot* doit avoir à la partie droite du visage, près du cou, une cicatrice provenant *d'humeurs froides guéries ;* cette cicatrice succédant à l'ouverture spontanée des glandes du cou, dont l'engorgement scrofuleux s'est terminé par suppuration, doit être ronde et se trouver à la région correspondante à ces glandes. L'individu soumis à l'examen présente, au contraire, une cicatrice longue, s'étendant le long de la lèvre externe du bord de la mâchoire inférieure depuis l'angle, jusqu'auprès du menton ; sa largeur et la manière dont la consolidation s'est opérée annoncent qu'elle a été faite par un corps contondant, tel qu'un coup de pied de cheval, et l'on sait que *Baronet* avait reçu un pareil coup. En outre, *Babilot* devait avoir une cicatrice à la joue, que l'on ne voyait point sur le condamné.

Cette consultation donna lieu à un arrêt du 26 août 1778, par lequel *Baronet* fut déchargé de toute accusation, et reconnu pour tel qu'il se disait. (Causes célèbres, vol. XXVI, cause 256.)

Voici les objets qui doivent fixer l'attention des gens de l'art, dans la solution de semblables questions : 1° l'âge de l'individu, quoiqu'il ne puisse souvent être apprécié que d'une manière approximative ; 2° la stature ; 3° la tête, et notamment son volume et la configuration de ses os ; les cheveux sont-ils rares et déjà

blanchis par l'âge ; le front est-il saillant ou comprimé, les sourcils écartés ou se touchant par leurs extrémités internes ; les yeux grands, petits, saillans ou enfoncés ; le nez court, épaté, déprimé, large dans sa partie inférieure qui peut être relevée en haut, ou long, aquilin, étroit dans sa partie inférieure, qui se termine en pointe ; les lèvres grosses ou petites, avec ou sans traces de cicatrice ; les dents peu nombreuses, mal rangées, petites ou offrant des caractères opposés ; la bouche large ou étroite ; le menton uni ou à fossette, rond ou pointu ; la barbe rare ou touffue ; le visage large ou allongé ; 4° le cou gros et court, ou étroit et d'une longueur remarquable ; 5° le thorax est-il bien conformé, ou bien la colonne épinière est-elle déjetée ; les épaules sont-elles hautes ; aperçoit-on enfin des traces de gibbosité antérieure, postérieure ou latérale ; le sternum est-il aplati, enfoncé, ou fait-il saillie en avant ; l'appendice sous-sternal (cartilage xyphoïde) présente-t-il une forme qui s'éloigne de celle que l'on observe le plus communément ; la distance qui sépare les deux bases de l'omoplate est-elle grande ou petite ; 6° le bassin est-il large ou étroit ; 7° les membres et les mains sont-ils gros ou petits, rudes ou souples ; les doigts sont-ils courts ou longs en les comparant à la main, et entre eux ; les genoux sont-ils en dedans ; les malléoles sont-elles plus saillantes qu'à l'ordinaire ; les jambes et les pieds présentent-ils la même longueur d'un côté que de l'autre, offrent-ils quelque difformité ; 8° les organes génitaux ou quelques autres parties du corps sont-ils le siége de quelque vice de conformation ; 9° existe-t-il des taches de naissance à la peau : ces taches sont indé-

lébiles, tandis que les verrues ou autres tumeurs analogues peuvent être détruites par les caustiques; 10° les cicatrices succédant à des brûlures, à des plaies, à l'ouverture spontanée de certaines tumeurs : ces marques ne s'effacent jamais et peuvent quelquefois, par leur siége, par leur forme, par leur direction, par leur étendue, etc., fournir des indices précieux; 11° les traces de fractures et de luxations.

L'ensemble de ces caractères peut servir quelquefois à résoudre la question qui nous occupe, tandis qu'il serait impossible d'y parvenir à l'aide d'une foule de signes mentionnés par certains auteurs, tels que la beauté ou la laideur, la maigreur ou l'embonpoint de l'individu, le changement de couleur des yeux et des cheveux, etc.; on sait en effet que l'âge, les passions, les maladies, le climat que l'on habite, et le genre de nourriture que l'on prend modifient singulièrement ces caractères. Que penser aussi des inductions tirées de la physionomie, du témoignage des hommes, de la reconnaissance des parens, des nourrices, des amis, et même des titres, que l'on peut avoir falsifiés!!!

CINQUIÈME LEÇON.

Des outrages faits à la pudeur.

Nous rangeons sous ce titre les divers attentats à la pudeur pour lesquels le magistrat invoque les lumières du médecin. Ces attentats sont de différente nature, et il convient de les distinguer. Tantôt ils constituent le *viol*, qui peut être défini, l'*effort fait pour abuser d'une fille ou d'une femme malgré leur volonté*; dans certains

cas, ils consistent dans la simple application du membre viril sur les organes génitaux et sur les parties qui les environnent, sans qu'il y ait la moindre trace de violence ; quelquefois enfin, il s'agit du crime de pédérastie ou de sodomie. Avant d'examiner chacun de ces objets, voyons comment s'exprime le code pénal.

« Toute personne qui aura commis un outrage public à la pudeur, sera punie d'un emprisonnement de trois mois à un an, et d'une amende de 16 francs à 200 francs. (Art. 330.) Quiconque aura commis le crime de *viol*, ou sera coupable de tout autre attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence, contre des individus *de l'un et de l'autre sexe*, sera puni de la réclusion. (Art. 331.) Si le crime a été commis sur la personne d'un enfant au-dessous de l'âge de quinze ans accomplis, le coupable subira la peine des travaux forcés à temps. (Art. 332.) La peine sera celle des travaux forcés à perpétuité, si les coupables sont de la classe de ceux qui ont autorité sur la personne envers laquelle ils ont commis l'attentat, s'ils sont ses instituteurs ou ses serviteurs à gages, ou s'ils sont fonctionnaires publics ou ministres d'un culte, ou si le coupable, quel qu'il soit, a été aidé dans son crime par une ou plusieurs personnes. (Art. 333.) »

Du viol.

S'il est vrai que l'on désigne sous le nom de *viol* l'effort fait pour abuser d'une fille ou d'une femme malgré leur volonté, il est également certain que dans le plus grand nombre des cas la personne abusée est une fille encore vierge : il importe d'établir cette distinction.

Viol chez une fille vierge. Dans une question de ce genre, l'homme de l'art doit s'attacher à déterminer, 1° si la fille a été déflorée; 2° si la défloration a été produite par le membre viril, ou par un autre corps volumineux; 3° si elle a été consentie ou forcée.

A. *Moyens de reconnaître s'il y a eu défloration.* On sait que dans le plus grand nombre des cas, les organes génitaux des jeunes filles qui n'ont point été déflorées offrent une disposition, une couleur et une tension particulières: nous croyons devoir décrire l'état de leurs parties sexuelles, en ayant soin toutefois d'indiquer les circonstances qui peuvent les modifier, et qui seraient propres à induire le médecin en erreur. Les parties dont nous parlons sont les grandes et les petites lèvres, la fourchette, la fosse naviculaire, l'orifice du vagin, l'intérieur de ce canal, l'hymen, les caroncules myrtiformes et l'orifice de l'utérus.

Les *grandes lèvres* sont épaisses, fermes et tendues; leurs bords libres se rapprochent, et tendent à recouvrir l'orifice de la vulve; leur face interne est lisse et vermeille. — Mais si la personne est déjà d'un certain âge, si elle a éprouvé des maladies de longue durée, telles que les flueurs blanches, la chlorose, etc., ou si elle s'est livrée à des attouchemens indiscrets, ces signes pourront manquer, tandis qu'il n'est pas rare de les rencontrer chez des filles qui n'ont senti l'approche de l'homme qu'une fois ou qu'un petit nombre de fois.

Les *petites lèvres* (nymphes). Elles sont petites, lisses, vermeilles, douées d'assez d'élasticité, sensibles et bien enfermées. — Mais on aurait tort de croire qu'il suffit d'une simple introduction dans le vagin d'un corps

plus ou moins volumineux, pour leur faire perdre ces caractères ; d'ailleurs les mêmes causes qui chez les filles non déflorées relâchent les grandes lèvres, flétrissent celles-ci, et les rendent molles, flasques et pendantes.

La *fourchette* est ordinairement entière et fort tendue, tandis qu'elle est presque toujours déchirée chez les femmes qui ont eu des enfans. — Mais l'intégrité de cette partie n'est pas une marque infaillible de non défloration, puisqu'elle a lieu chez les filles qui ont exercé le coït lorsque le membre viril n'était pas d'un volume disproportionné : en outre il n'est pas encore prouvé que certaines maladies des parties génitales ne puissent détruire cette bride membraneuse chez les filles non déflorées.

La *fosse naviculaire*, ou l'espace renfermé entre la fourchette et la partie postérieure de l'orifice du vagin, conserve sa véritable forme chez les filles non déflorées, tandis qu'elle est déformée après la défloration, et n'existe plus si la fourchette a été déchirée. — Les restrictions que nous avons mises en parlant de la fourchette s'appliquent donc naturellement à ce caractère.

L'*orifice du vagin* est en général plus étroit avant qu'après la défloration. — Mais, comme son diamètre ne présente rien d'absolu, et qu'il n'offre point les mêmes dimensions chez toutes les femmes, il est possible qu'il soit plus large chez une fille non déflorée que chez une autre qui l'aura été ; d'ailleurs plusieurs causes, telles que la leucorrhée, l'âge, la menstruation, l'abus des lotions ou des bains émolliens, peuvent avoir dilaté cet orifice chez celles qui n'ont pas été déflorées.

L'intérieur du vagin est parsemé de rides transversales, très-rapprochées et très-saillantes, tandis qu'il tend de plus en plus à devenir lisse, à mesure que la copulation a lieu. — Mais ne serait-ce pas s'abuser que d'accorder quelque valeur à ce signe pour déterminer si une fille a été déflorée, dans le cas où il n'y aurait eu qu'une seule introduction dans le vagin d'un corps plus ou moins volumineux?

La membrane *hymen* se rencontre chez la plupart des filles non déflorées, malgré l'assertion contraire de quelques auteurs. — Mais on aurait tort de regarder son absence comme un signe infaillible de défloration, *vice versâ*; en effet, on a observé cette membrane chez des filles déflorées, et, ce qui paraîtra plus extraordinaire, chez des femmes qui étaient sur le point d'accoucher; en sorte qu'il a fallu, pour livrer passage à la tête de l'enfant, l'inciser lorsque les efforts de cette tête ne la déchiraient point. On concevra pourquoi l'hymen peut conserver son intégrité après la défloration, en sachant que sa densité n'est pas toujours la même. Fabricius d'Aquapendente ne fait-il point mention d'une fille que tous les écoliers d'une pension s'efforcèrent en vain de déflorer? Ambroise Paré n'a-t-il pas vu cette membrane d'une consistance presque osseuse?

L'absence de l'hymen ne saurait être regardée comme une preuve de défloration, parce qu'elle peut avoir été détruite par des courses à cheval lorsqu'on monte en cavalier, par un saut brusque, par des coups, des chutes, par l'élargissement subit des cuisses, par l'effort de la première menstruation, par un caillot de sang, par des ulcères, des flueurs blanches,

des caustiques, par les descentes de matrice et du vagin.

Les *caroncules myrtiformes*. Les anatomistes ayant émis des opinions diverses sur l'origine des caroncules myrtiformes, il est indispensable de les rappeler avant de faire connaître la valeur du signe fourni par ces tubercules. Les uns ont pensé que les caroncules n'existent jamais avec l'hymen, et qu'elles sont les débris de cette membrane : en adoptant cette opinion, qui nous paraît juste, la présence ou l'absence de pareils tubercules n'éclaire pas plus la question relative à la défloration que la présence ou l'absence de l'hymen. D'autres ont cru que les caroncules myrtiformes existent naturellement et remplacent l'hymen : tout porte à croire que ces anatomistes ont été induits en erreur, et qu'ils ont pris pour des caroncules quelques-unes des rides saillantes du vagin, qui s'étendent quelquefois jusque sur l'*hymen;* du moins est-il certain qu'ayant fait des recherches sur plus de deux cents cadavres de filles âgées de deux à quatorze ans, chez lesquelles, il est vrai, l'hymen existait encore, nous n'avons jamais pu découvrir de pareils tubercules. On ne les a pas vus non plus chez plusieurs petites filles qui venaient de naître, et chez lesquelles il n'y avait point de *membrane* à l'entrée du vagin. Mais, en supposant que l'opinion de ces anatomistes dût prévaloir, il ne serait pas raisonnable de regarder l'absence de ces caroncules comme un signe de défloration, et *vice versâ;* en effet, comme l'hymen, elles pourraient ne pas s'effacer dans une première introduction d'un corps plus ou moins volumineux, et les mêmes causes qui détruisent cette

membrane chez les filles non déflorées pourraient les faire disparaître.

Que l'*orifice de l'utérus* soit fermé ou ouvert, que sa forme soit arrondie ou transversale, peu importe lorsqu'on cherche à constater s'il y a eu défloration; car les filles déflorées qui n'ont point fait d'enfans ressemblent à cet égard à celles qui ne l'ont point été.

Plusieurs médecins, jaloux de faciliter la solution de la question qui nous occupe, ont cherché ailleurs que dans les organes génitaux, des moyens de reconnaître s'il y avait eu défloration; l'énumération de ces moyens suffira pour faire sentir leur nullité, et l'on concevra avec peine que de nos jours l'on ait proposé sérieusement de pareils caractères : *la voix grossit après la défloration; le corps et l'urine exhalent une odeur particulière; le visage est marqueté; le cou grossit* (1), et s'il peut être entouré par un fil qui s'étend depuis la pointe du nez jusqu'à la réunion des sutures sagittale et lambdoïde, la fille n'est point déflorée; *les yeux sont cernés, et le blanc en est terni.*

Les *chairs* et les *mamelles* sont fraîches et fermes chez les filles non déflorées. Mais ne sait-on pas, pour ce qui concerne ce dernier caractère, que souvent le contraire a lieu, surtout lorsque la santé est dérangée; d'ailleurs combien n'y a-t-il pas de femmes mariées qui ne le cèdent en rien sous ce rapport aux filles les mieux portantes?

(1) Ainsi M. Fodéré dit que le cou d'une fille vierge se remarque davantage par sa longueur que par sa grosseur. (Tome 4, page 350, Médecine légale; édition de 1813.)

L'*effusion de sang* dans le congrès, la *douleur* que la femme éprouve pendant le coït, et la *résistance* qu'oppose le vagin à se laisser franchir, sont encore des signes de non défloration donnés par les auteurs, qui les ont même considérés comme des marques expérimentales. Mais il est certain que l'*effusion de sang* ne prouve rien, puisqu'on peut l'observer chez les filles déjà déflorées, et qu'elle peut manquer chez d'autres qui ne le sont pas, suivant que l'ouverture du vagin est petite ou grande, relativement au corps qui y est introduit, et suivant d'autres circonstances qu'il est inutile de mentionner : d'ailleurs combien il serait facile à une femme déflorée et rusée de faire prendre le change, soit en attendant l'époque de la menstruation, soit en tachant les linges de sang, etc. ! Nous en dirons autant de la *douleur* et de la *résistance*; la première peut être feinte, et la seconde favorisée par l'emploi de substances astringentes; l'une et l'autre manquent quelquefois chez les filles qui ont été déflorées par un corps peu volumineux, tandis qu'elles peuvent se manifester chez une fille éhontée qui a observé la continence pendant quelque temps.

La connaissance de la disposition, de la couleur, de la tension des parties sexuelles d'une fille non déflorée, et des divers caractères donnés par les auteurs pour juger s'il y a eu défloration, nous permet d'établir un certain nombre de propositions qui doivent servir de guide lorsqu'il s'agit de résoudre le problème qui nous occupe (1). 1° Parmi les signes qui peuvent annoncer

(1) Nous omettons à dessein de parler de la *virginité*,

la défloration, ceux qui sont tirés de l'état des parties sexuelles *seulement* offrent une *certaine valeur*. 2° Il ne suffit pas d'un de ces signes pris isolément, mais il faut leur ensemble pour qu'on puisse les prendre en *considération*. 3° A la vérité, l'hymen existant chez le plus grand nombre des filles non déflorées, son existence ou son absence méritent la plus grande attention. 4° Malgré la réunion de tous ces signes il est impossible d'*affirmer* que la fille a été déflorée, à moins que l'on ne détermine qu'il y a eu accouchement : hors ce cas la réunion des signes dont nous parlons ne permet que d'élever des *présomptions* plus ou moins fortes en

---

comme le font tous les auteurs de médecine légale, pour ne pas compliquer davantage une question qui l'est déjà assez par elle-même ; en effet, en adoptant les idées de ces auteurs, qui définissent la virginité *l'état d'une fille qui n'a point encore senti l'approche de l'homme*, il est évident que la virginité n'existera pas chez une fille dans le vagin de laquelle on aura introduit un membre viril exigu, quoique les parties sexuelles aient conservé la disposition, la couleur et la tension qu'elles présentaient avant l'introduction. Au contraire la *virginité* existera chez les filles dans le vagin desquelles il aura été introduit un doigt, un pessaire ou un corps plus volumineux que le *membre viril*, quoique les parties génitales offrent une disposition, une couleur et une tension semblables à celles que l'on remarque chez les femmes qui ont joui des plaisirs de l'amour. Ces conséquences, qui découlent nécessairement de la définition dont il vient d'être parlé, n'étant propres qu'à compliquer la question, nous avons cru devoir nous dispenser de traiter *ex-professo* de la *virginité*.

faveur de la défloration, et l'homme de l'art serait coupable si, cédant aux instances du magistrat, il affirmait ce dont il ne peut pas être convaincu. 5° On est plus autorisé encore à soupçonner la défloration, lorsque les signes qui l'annoncent coïncident avec des contusions, des plaies et des marques de sévice aux parties génitales. 6° La plus grande décence et le plus grand ménagement doivent présider à des visites de ce genre, qui, pour être de quelque utilité, doivent être faites, en général, peu de temps après l'époque présumée de la défloration, parce qu'il suffit souvent d'un ou de deux jours pour faire disparaître les traces que le corps introduit dans le vagin laisse après son passage. 7° Il n'est pas inutile, avant de porter son jugement, d'examiner le caractère, les mœurs de la personne, son âge, sa conduite, ses occupations, l'éducation qu'elle a reçue, les mœurs des individus qu'elle fréquente, l'impression que la visite produit sur elle ; mais l'on ne doit avoir égard à des considérations morales de ce genre qu'autant qu'elles s'accordent avec les données fournies par les parties sexuelles. 8° Le médecin n'oubliera jamais qu'en prononçant légèrement il s'expose à déshonorer une fille dont la conduite a été irréprochable.

B. *Moyens de reconnaître si la défloration, que nous supposons avoir été constatée, est le résultat de l'introduction du membre viril ou d'un autre corps.* Avouons l'impossibilité dans laquelle nous sommes de résoudre cette question dans le plus grand nombre de cas. Comment établir une différence entre le délabrement des parties sexuelles produit par le membre viril, par un pessaire ou par tout autre corps que des personnes

lascives auraient introduit dans le vagin? On ne pourrait *présumer* le coït que dans le cas où la défloration n'ayant pas été consentie, les organes sexuels et d'autres parties du corps seraient meurtris, ou lorsqu'à des signes de défloration récente se joindraient des écoulemens ou d'autres symptômes vénériens.

C. *La défloration a-t-elle été consentie ou forcée?* Avant de nous occuper de ce sujet, examinons si la législation actuelle punit la défloration d'une personne *mineure* qui *n'a opposé aucune résistance*. On trouve dans quelques ouvrages de médecine légale que la loi sévit dans ce cas contre l'auteur de la défloration, et l'on donne pour preuve les articles 354, 355 et 356 du code pénal, relatifs à l'enlèvement des mineurs, et ainsi conçus :

« Quiconque aura, par fraude ou par violence, enlevé ou fait enlever des mineurs, ou les aura entraînés, détournés ou déplacés, ou les aura fait entraîner, détourner ou déplacer des lieux où ils étaient mis par ceux à l'autorité ou à la direction desquels ils étaient soumis ou confiés, subira la peine de la réclusion.—Si la personne ainsi enlevée ou détournée est une fille au-dessous de seize ans accomplis, la peine sera celle des travaux forcés à temps. — Quand la fille au-dessous de seize ans aurait consenti à son enlèvement ou suivi volontairement le ravisseur, si celui-ci était majeur de vingt et un ans ou au-dessus, il sera condamné aux travaux forcés à temps. Si le ravisseur n'avait pas encore vingt et un ans, il sera puni d'un emprisonnement de deux à cinq ans. »

Mais l'enlèvement des mineurs ne suppose pas toujours la défloration, et comme, en matière pénale, on

ne doit jamais chercher ce que la loi a voulu dire, mais bien ce qu'elle a dit, il est évident que la loi punit le rapt, et non la défloration consentie. Cette opinion est implicitement exprimée dans le passage suivant, tiré des Œuvres d'un jurisconsulte célèbre :

« La défloration est l'action par laquelle on prive une fille de sa virginité. — Un fait pareil est regardé parmi nous comme un crime capital dans deux cas; le premier, quand on attente à la pudicité d'une personne du sexe *malgré elle*, et c'est ce qu'on appelle exactement un *viol ;* le deuxième, lorsque sans voies de violence on fait des entreprises contre la virginité d'une personne non encore nubile. Le code pénal ne punit la défloration dans le cas de viol que de la peine de la réclusion ou des travaux forcés ; il ne la soumet, dans le second cas, tantôt à la peine des travaux forcés, tantôt à un simple emprisonnement, *que lorsqu'elle a été précédée de rapt avec violence.* » (*Merlin*, Répertoire de jurisprudence.)

Voyons maintenant s'il existe des moyens propres à faire distinguer la défloration *consentie* de celle qui est *forcée*. Dans le plus grand nombre des cas où l'intervention du médecin est réclamée, la défloration forcée d'une jeune fille a été opérée par un individu dont le membre viril offre des dimensions considérables, surtout lorsqu'on les compare à celles des parties sexuelles de la jeune personne ; dès lors il ne faut pas s'étonner que cette défloration soit accompagnée d'un délabrement plus ou moins considérable, qu'il importe de faire connaître, parce qu'il peut jeter un grand jour sur la question qui nous occupe.

Les organes génitaux sont loin de conserver leur in-

tégrité; l'hymen peut présenter des solutions de continuité qui se dirigent suivant l'axe du vagin, et qui paraissent récentes; les lambeaux de cette membrane sont sanglans ou cicatrisés; les grandes et les petites lèvres sont rouges, tuméfiées, douloureuses, et quelquefois sanglantes; l'orifice du vagin, le méat urinaire et les autres parties externes de la génération peuvent participer à ce désordre : il n'est pas rare aussi de découvrir des meurtrissures aux cuisses, aux bras, aux seins, aux lèvres, aux joues, etc., résultats de la résistance opposée par la jeune fille; il y a parfois un écoulement purulent *non contagieux* produit par le froissement des parties génitales, qui peut exister lors même qu'il n'y a eu que des tentatives de viol. Les altérations dont nous parlons sont surtout manifestes quand la verge a été introduite plusieurs fois.

Si, au lieu de supposer le membre viril trop gros, on admet qu'il offre des dimensions proportionnées à celles des parties sexuelles de la jeune fille, ou même qu'il est petit, il est évident que la défloration aura pu être *forcée* quoique les organes génitaux ne présentent aucun des caractères indiqués; seulement alors il pourra y avoir des meurtrissures aux cuisses, aux seins, etc., à raison de la résistance opposée par la jeune fille. Nous ne reviendrons point sur ce qui a été dit à la page 105, relativement aux moyens de distinguer si la défloration forcée a été le résultat de l'introduction du membre viril ou d'un autre corps plus ou moins volumineux.

SIXIÈME LEÇON.

Les détails qui précèdent sur la défloration ne sont pas encore suffisans pour résoudre la question du *viol* chez une fille vierge; on s'exposerait à commettre des erreurs graves si au moment de porter son jugement on ne se rappelait point les propositions suivantes.

1° On peut observer un écoulement blennorrhagique purulent, sans qu'il y ait eu viol, dans les affections catarrhales des voies urinaires et génitales à l'époque de la dentition, dans certaines phlegmasies de la peau, telles que la rougeole, la scarlatine, etc., aux approches de la première menstruation, aux premières approches conjugales, à la suite de titillations fréquentes, de l'abus des lavemens irritans, lorsqu'il y a suppression des règles, quand il y a des calculs dans la vessie, ou que la malade est sous l'influence d'un vice dartreux, rhumatismal ou goutteux; l'état de grossesse peut également le déterminer. Voici un fait propre à éclairer ce sujet:

Une jeune fille de quatre ans, atteinte d'un catarrhe pulmonaire avec fièvre, rendait par la vulve une mucosité blanchâtre fort âcre; les grandes lèvres et le mont de Vénus étaient rouges, tuméfiés et douloureux; on voyait en outre quelques ulcères assez profonds fournissant une matière purulente, semblable aux mucosités dont il a déjà été fait mention. Les parens alarmés, jugeant que l'affection des parties génitales était vénérienne, crurent que l'enfant avait été violé. Les remèdes adoucissans amenèrent assez promptement la

guérison pour qu'il fût aisé de se convaincre que l'écoulement et l'ulcération des parties sexuelles dépendaient de l'affection catarrhale qui régnait alors épidémiquement à Paris. (*Capuron*, Médecine légale relative à l'art des accouchemens.)

Mais si l'homme de l'art doit être blâmé de considérer tout écoulement par la vulve comme une preuve de viol, la faute est bien plus grande lorsqu'il regarde cet écoulement comme vénérien, parce qu'alors il se croit autorisé à prononcer qu'il y a eu ou qu'il n'y a pas eu viol, suivant que l'individu accusé est ou n'est pas atteint de la maladie vénérienne. Ainsi, il peut se faire que, l'écoulement étant le résultat de l'introduction dans le vagin d'un étui d'aiguilles ou d'un corps dur autre que le membre viril, on fasse planer injustement les soupçons du viol sur un individu, parce qu'il a la gonorrhée; tandis qu'il peut arriver d'une autre part que l'on écarte mal à propos toute idée de viol, par cela seul que l'écoulement a été jugé vénérien, et que l'accusé ne présente aucun symptôme de syphilis.

Nous ne pouvons pas passer sous silence, à l'occasion des liquides qui peuvent s'écouler du vagin, *une erreur grave* commise par le docteur M.***, dans un rapport sur un cas de viol. Appelé pour constater l'état des parties sexuelles d'une jeune fille âgée de treize ans neuf mois, que l'on croyait avoir été violée *neuf jours* auparavant, ce médecin conclut que l'acte de la copulation a été consommé, et il s'appuie entre autres faits de ce qu'il a retiré *une certaine quantité de sperme du vagin*. Est-il possible d'admettre, avons-nous dit dans

une consultation qui nous a été demandée par l'accusé, que l'on ait trouvé du sperme dans le vagin de la fille R***, dont l'examen n'a eu lieu que neuf jours après la prétendue consommation de l'acte? C'est d'autant plus invraisemblable que cette fille ayant un écoulement muqueux, le sperme aurait dû être entraîné au dehors par la matière de cet écoulement. D'ailleurs comment s'est-on assuré que le liquide retiré du vagin était du sperme plutôt que du mucus? quels sont les essais tentés pour résoudre une question d'une aussi grande difficulté? pourquoi ne pas avoir eu recours à des expériences chimiques, à des observations microscopiques (1)? Il faut le dire dans l'intérêt de la vérité, l'auteur de l'assertion dont il s'agit n'en a pas suffisamment apprécié la valeur avant de l'énoncer; il aurait vu qu'il pouvait compromettre sa réputation en décidant avec autant de légèreté une question de cette importance (juin 1826).

2° Les plaies et les ulcères que l'on observe à la membrane hymen ont été souvent confondus avec les chancres vénériens, et donnés comme signes du viol, surtout lorsque l'accusé avait la syphilis: or ces lésions pouvaient dépendre de l'introduction volontaire d'un corps dur, autre que le membre viril; il suffisait alors du repos, de quelques bains et de lotions, pour faire disparaître ces accidens en peu de jours. Le médecin qui croirait devoir tirer parti de pareils symptômes pour établir le viol, serait donc tenu de suspendre son

(1) *Voyez* à la fin du tome II les moyens propres à faire reconnaître les taches de sperme sur le linge.

jugement jusqu'à ce qu'il eût été éclairé par l'emploi des moyens que nous avons conseillés; et il ne sera peut-être pas inutile de rappeler ici que chez la femme les chancres vénériens ont ordinairement leur siége à la face interne des grandes lèvres sur toute l'étendue des nymphes, sur le clitoris et à l'orifice du vagin.

3° Il suffira dans certaines circonstances de comparer la force respective de l'accusé et de la plaignante, et surtout les organes génitaux des deux individus, pour éloigner toute idée de viol; on conçoit en effet qu'une jeune fille bien portante parviendra facilement à repousser un vieillard et même un jeune homme valétudinaire. On sait combien une première copulation est difficile lorsque la femme s'y refuse, et l'on connaît l'histoire de cette reine qui, au rapport de Voltaire, éluda l'accusation d'une plaignante en remuant toujours un fourreau d'épée, dans lequel il fut impossible de faire entrer l'instrument, par cela seul que le fourreau était toujours en mouvement; d'ailleurs nous savons, à ne pas en douter, qu'il a été impossible de violer certaines filles, quoique leurs bras, leurs jambes et leur tête fussent maintenus par trois ou quatre personnes. Mayart-de-Vouglans rapporte dans son Traité des crimes qu'un jeune homme accusé de viol fut condamné à donner un sac d'argent à la plaignante, en présence des juges; on lui permit ensuite d'user de sa force pour le reprendre; mais il lui fut impossible d'en venir à bout : les juges furent alors persuadés que celle qui avait résisté à la force pour ne pas se laisser enlever le sac d'argent pouvait bien plus facilement opposer assez de résistance pour rendre le viol impos-

sible, et ils acquittèrent l'accusé. Mais c'est surtout de la comparaison des organes sexuels, que l'on peut tirer quelquefois de grandes lumières : si l'accusé manque de membre viril, ou que celui-ci soit extrêmement petit, ou incapable d'érection, et que d'ailleurs l'orifice du vagin ne soit pas très-resserré, il est évident que le viol, s'il existe, a été produit par un autre individu, ou du moins par un corps autre que le membre viril.

Un homme est accusé d'avoir violé une fille non déflorée, des sages-femmes appelées pour constater l'état des parties sexuelles, trouvent qu'elles sont très-rouges, et croient découvrir d'autres signes de viol. L'accusé était en prison lorsque Zacchias déclara qu'il n'y avait aucun rapport entre le pénis exigu et flasque de cet individu, et les organes sexuels de la plaignante, qui étaient fort amples et abreuvés d'un flux blanc; et par conséquent, qu'en supposant que la fille eût été récemment déflorée, ce qu'il n'admettait pas, on ne pourrait pas en accuser le prévenu. (*Quœstionum medico-legalium*, tom. III, *Consilium* 34, p. 49.)

4° Lors même que la défloration est *consentie*, il peut y avoir un délabrement considérable des organes génitaux de la jeune fille : par exemple, quand la disproportion entre les organes mâles et femelles est très-marquée, et que les individus, loin de procéder avec modération, sont impétueux et impatiens. Le délabrement des parties sexuelles pourra même, dans ces cas de défloration consentie, être beaucoup plus considérable que dans une autre circonstance où il y aura eu viol, mais où la disproportion des organes ne sera pas

aussi sensible. Sans doute que lorsqu'il y aura consentement tacite des deux amans, on n'observera point des meurtrissures au delà de la vulve, et sur les autres parties du corps; mais ne peut-il pas arriver qu'une fille décidée d'abord à résister, commence par se défendre, se laisse même meurtrir, et que bientôt après, loin d'opposer de la résistance, elle se prête de bon gré aux désirs de son amant? Les exemples de ce genre ne sont point rares : on a vu même des filles assez perverses ou assez mal conseillées, accuser leurs amans de les avoir violées, parce qu'elles avaient été délaissées après le coït, et faire servir, comme preuves du viol, des meurtrissures aux diverses parties du corps, qui n'étaient que le résultat d'une première résistance.

5° La malveillance et la cupidité peuvent être portées assez loin de la part des mères ou des femmes à qui l'on a confié des jeunes filles, pour que les organes génitaux et les autres parties du corps de celles-ci soient meurtris, dilacérés, etc., dans l'espoir de faire condamner, par haine ou par intérêt, des individus qui ne sont aucunement coupables. N'a-t-on pas vu aussi des femmes se mutiler elles-mêmes les organes de la génération, et se plaindre d'avoir été violées par un homme dont elles n'avaient jamais éprouvé que des refus?

Plusieurs individus furent accusés par une femme d'avoir violé dans une auberge, sa petite-fille, âgée de neuf ans et demi. A la visite on trouva les parties sexuelles, sans excepter l'hymen, parfaitement intactes; le petit doigt ne pouvait pas entrer dans le vagin; toutefois il y avait au pubis et à la partie supérieure de la vulve, un cercle rouge de la largeur d'un écu de six francs

qui paraissait avoir été fait récemment, et dont l'intensité et l'étendue diminuaient insensiblement. Il était hors de doute que l'aïeule avait meurtri cet enfant dans l'espoir d'avoir des dommages-intérêts; elle fut emprisonnée et chassée de la ville. (*Fodéré*, Médecine légale, tom. IV.)

Viol chez une fille déjà déflorée. Nous avons supposé jusqu'à présent que le viol s'était consommé sur des jeunes filles non déflorées; il faut maintenant examiner ce que présente de remarquable le viol chez les personnes déjà déflorées, les filles publiques et les femmes qui ont fait des enfans; il est évident qu'ici la femme s'étant livrée plusieurs fois aux jouissances vénériennes, il ne doit être nullement question de rechercher s'il y a eu défloration et si elle a été opérée par le membre viril ou par un autre corps : toute la question consiste à savoir si la *défloration a été forcée.*

Quelles inductions tirer, dans ce cas, de l'état des parties sexuelles? Le vagin et son orifice présentent un diamètre tel, qu'à moins de supposer une grosseur démesurée du membre viril, celui-ci a dû se loger sans occasioner la moindre rougeur, ni la moindre déchirure des organes génitaux. L'absence de l'*hymen* ne prouve rien en faveur du viol, puisqu'il avait pu être détruit lors de la défloration. L'existence d'un écoulement ou de quelques autres symptômes vénériens pourrait tout au plus établir qu'il y a eu coït. Les meurtrissures à la vulve, aux seins, aux cuisses, aux bras, etc., peuvent faire soupçonner la violence, à moins qu'il ne soit prouvé qu'elles sont le r sultat de coups que les femmes se seraient portés pour en imposer, ou qu'elles

datent d'une époque antérieure à celle où la femme dit avoir été violée. (*Voy.* Ecchymose.) C'est ici surtout qu'il convient de comparer les forces de l'accusé et de la plaignante; car on ne peut pas se dissimuler combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, qu'un seul homme parvienne à abuser d'une femme adulte bien portante; il n'en est pas de même si l'attentat a été commis par plusieurs personnes.

Conduite à tenir lorsqu'on est appelé à faire un rapport sur le viol. 1° On examinera attentivement la forme et la disposition des organes génitaux; on tiendra compte du gonflement, de l'inflammation, des délabremens, des écoulemens, etc.; on notera exactement les meurtrissures faites aux environs de la vulve et aux autres parties du corps. Cette visite, comme nous l'avons déjà dit, pour être utile, sera faite le plus tôt possible, et au moins dans les trois jours après l'action, vu que la plupart des lésions des parties génitales peuvent guérir dans un très-court espace de temps, soit par les seuls efforts de la nature, soit à l'aide des émolliens. 2° S'il s'agit d'une fille *pubère*, et que le délabrement des parties génitales soit assez marqué pour faire croire à une *défloration récente*, on se gardera bien d'*affirmer*, d'après ce seul caractère, qu'il y a eu *viol;* car il faudrait pour être en droit de tirer cette conclusion, établir encore, ce qui est impossible, que la défloration n'a pas été consentie, et qu'elle n'est point le résultat de l'introduction dans le vagin, d'un corps autre que le membre viril : le jugement de l'homme de l'art, dans ce cas, sera vague; il ne chargera ni l'un ni l'autre individu; il déclarera que l'altération des parties sexuelles n'a pas

une corrélation nécessaire avec une cause déterminée. 3° Si tout annonce une *défloration récente* chez une fille *pubère*, et que l'on observe en outre des marques de sévices aux cuisses, aux jambes, aux seins, etc., on pourra établir des *probabilités* en faveur du viol, pourvu que les ecchymoses que l'on remarque sur les diverses parties du corps aient été faites à peu près à l'époque où la fille dit avoir été violée, et qu'il ne soit pas démontré que c'est elle-même qui s'est porté des coups pour en imposer. 4° Quel que soit le nombre et la grandeur des contusions, si la fille *pubère* est déflorée depuis longtemps, et que les organes génitaux paraissent sains, on ne pourra même pas établir des *probabilités* en faveur du viol, les marques de sévices pouvant être la suite d'une querelle entièrement étrangère à des débats amoureux; mais aussi on *n'affirmera* pas qu'il n'ait pas eu lieu. A plus forte raison ces considérations sont applicables à une *femme adulte*, à laquelle on doit supposer plus d'expérience, d'adresse et de force pour résister aux tentatives de viol; dans ces cas le crime doit être constaté par des témoins et par d'autres moyens qui sont du ressort des magistrats. On userait encore de la même circonspection, lorsqu'aux contusions dont nous parlons se joindraient des traces d'inflammation et de délabrement aux parties génitales; en effet, il est extrêmement rare que des lésions de cette nature, qui peuvent bien être le résultat d'une maladie des organes génitaux, surviennent à la suite du coït chez une femme qui a déjà joui plusieurs fois des plaisirs de l'amour.

5° On se gardera bien d'éloigner toute idée de *viol* chez une fille *pubère*, parce que les parties génitales ne

présentent aucune trace de violence; en effet, il est possible qu'une personne atteinte de chlorose, de flueurs blanches, etc., ait été déflorée malgré elle, et que le relâchement des organes sexuels ait permis l'introduction du membre viril, sans qu'il s'en soit suivi le moindre délabrement. Si dans des cas de ce genre, des meurtrissures faites aux diverses parties du corps annonçaient qu'on aurait pu user de violence, il faudrait inviter le magistrat à épuiser tous les moyens propres à l'éclairer.

6° Si la fille chez laquelle on observe un délabrement des parties sexuelles, pouvant faire croire à une *défloration récente*, est *impubère* et âgée seulement de cinq, sept, neuf ou dix ans, on pourra établir des *probabilités de viol*, si l'on est certain que le délabrement n'est point la suite d'une affection catarrhale ou de toute autre maladie des organes génitaux; en effet, il est difficile de supposer ici que la défloration ait été consentie, ou qu'elle ait été produite par un corps dur que la fille aurait cherché à introduire elle-même dans le vagin. Les *probabilités* seront plus grandes si on découvre, chez cette fille, outre le délabrement qui annonce la défloration récente, des marques de sévices aux environs de la vulve et sur les autres parties du corps.

7° L'existence de la maladie vénérienne ne peut être considérée comme preuve *accessoire* de viol, dans les diverses circonstances qui précèdent, qu'autant qu'elle coïncide avec le délabrement des parties génitales, et que l'accusé est atteint de syphilis. Mais ce cas ne se présentera que fort rarement, parce que les symptômes vénériens ne se manifestent *ordinairement* qu'après le

troisième jour à dater de celui de l'infection, et qu'alors le plus souvent il ne reste plus de traces de meurtrissure aux parties génitales. D'ailleurs est-il toujours facile d'affirmer que les écoulemens et les ulcères sont vénériens? (*Voyez* pages 110 et 111). Enfin la plaignante peut très-bien n'avoir contracté cette maladie qu'après l'époque où elle dit avoir été violée.

8° La femme pouvant concevoir à son insu, et malgré elle, comme nous le dirons plus tard, il est évident que la grossesse ne prouve point que le coït a été consenti, et par conséquent qu'il n'y a pas eu viol : à plus forte raison on ne saurait arguer du défaut de grossesse au viol de la femme; ainsi les preuves tirées de l'existence ou de la non existence de la grossesse ne sont d'aucune valeur dans la question qui nous occupe.

9° Si la femme qui fait le sujet du rapport a succombé, et que sa mort soit attribuée par les intéressés ou par le ministère public aux violences opérées pour lui arracher une jouissance illicite, ce qui n'est pas sans exemple, on examinera scrupuleusement toutes les parties du corps : peut-être découvrira-t-on des marques de sévices à la peau, des fractures, des luxations, des corps étrangers dans la bouche, introduits dans le but d'empêcher la femme de crier, des traces d'une défloration récente et forcée. Il est possible, au contraire, que l'on soit conduit à admettre par l'examen des divers organes, que la cause de la mort est indépendante du viol, ou que la femme déflorée déjà depuis long-temps, est même accouchée et ne présente aucun indice de violence faite aux organes génitaux. (*Voyez* Accouchement, pour les signes qui annoncent

qu'il a eu lieu.) Le jugement porté par le médecin dans ces différens cas, variera et ne saurait être indiqué ici sans entrer dans des détails qui nous paraissent inutiles.

10° Lors même que tout annoncerait qu'il y a eu viol, l'homme de l'art ne pourrait pas *affirmer* que le crime a été commis par l'accusé que l'on soupçonne : la science ne possède aucun moyen propre à résoudre cette question; mais, dans certains cas, il lui serait permis d'établir, en comparant les organes sexuels mâles et femelles, que l'accusé n'est point coupable. (*Voyez* page 112.)

11° La difficulté est quelquefois assez grande pour que le médecin soit extrêmement réservé dans ses conclusions. « Dans le cas même où il serait probable que l'individu qui est accusé a défloré la fille, dit M. Gardien, il n'est pas pour cela certain qu'il l'a violée : comme il appartient à l'homme de former l'attaque, une légère et douce violence ne peut pas être regardée comme criminelle; la femme n'eût-elle à opposer à l'assaillant que sa vertu, elle est sûre de le déconcerter et de triompher. Cette décision instruit suffisamment les juges : c'est à eux de s'assurer si la défloration que le médecin a reconnue est le produit de la brutalité d'un homme, ou d'un acte opéré avec le consentement tacite de la plaignante, qui le fait ensuite valoir comme opéré malgré sa résistance, ou bien enfin si elle est le produit de la ruse et de la méchanceté de la fille. » (Traité d'accouchemens, p. 105, t. Ier, 2e édition.)

Une femme peut-elle être violée sans le savoir? Dès qu'il est parfaitement prouvé qu'une femme qui est sous l'influence d'un poison stupéfiant peut accoucher

sans le savoir, à plus forte raison elle pourra être violée lorsqu'on la placera dans les mêmes circonstances, les douleurs de l'enfantement étant beaucoup plus intenses que celles qui accompagnent le viol, même chez une jeune fille non déflorée. On doit encore admettre la possibilité du viol chez une femme déjà déflorée, qui serait profondément endormie; mais il est difficile de supposer qu'une jeune fille non déflorée et plongée dans un sommeil naturel, puisse éprouver sans se réveiller les douleurs qu'occasione l'introduction du membre viril, surtout lorsque celui-ci est d'un volume disproportionné.

Nous avons dit au commencement de cet article, que les attentats à la pudeur pouvaient être de différentes sortes, et qu'ils ne consistaient pas toujours dans la tentative d'introduction du membre viril ou d'un autre corps volumineux dans le vagin, ce qui constitue le viol. Il n'est pas sans exemple, en effet, que les tribunaux aient été saisis de plaintes portées par des jeunes filles, ou par leurs ayans-cause, dans lesquelles un individu était accusé d'avoir exercé des frottemens à la *surface des organes sexuels et des parties qui les avoisinent*, sans qu'il y eût eu la moindre tentative d'introduction, et sans que la plaignante présentât ni délabrement des parties génitales ni aucun signe de meurtrissure : or il est évident que si les attouchemens dont nous parlons n'ont point été consentis, il y a eu *attentat à la pudeur*. L'avis du médecin, dans les cas de ce genre, sera rarement utile pour éclairer la justice, les organes sexuels ayant conservé leur intégrité, et la surface du corps n'offrant dans beaucoup de circon-

stances aucune trace de contusion qui annoncerait la violence. Toutefois si la plaignante accusait l'individu qui l'a approché de lui avoir communiqué la maladie vénérienne, l'homme de l'art serait requis pour constater l'existence de la syphilis. Voici un fait de cette nature: A la fin de l'année 1822 les tribunaux de Paris condamnèrent aux travaux forcés le père d'une jeune fille de neuf à dix ans, convaincu d'avoir attenté à la pudeur de son enfant, en appliquant à plusieurs reprises le membre viril à la surface des organes génitaux; il n'y avait pas la moindre trace de violence; mais outre que des témoins certifièrent le fait, le médecin rapporta que la jeune fille avait un écoulement vénérien, et qu'elle avait probablement été infectée par son père, actuellement atteint d'une blennorragie syphilitique.

Des détails plus étendus sur cet objet nous paraîtraient déplacés après avoir tant insisté sur la question relative au viol, dans laquelle nous croyons avoir posé les bases propres à résoudre les différens cas de ce genre qui pourraient se présenter.

De la Sodomie ou de la Pédérastie (1).

Quoique la loi n'inflige que les mêmes peines pour les crimes de viol et de sodomie, les individus convaincus de pédérastie se trouvent par le fait bien plus sévèrement punis, puisqu'ils encourent la disgrâce de la

(1) *Sodomie* vient de *Sodome*, capitale de la Pentapole, première cité où le crime dont nous parlons ait été commis. *Pédérastie*, mot dérivé de παιδος, enfant, et εραςης, amateur.

société tout entière, qui ne saurait jamais les mépriser assez. L'attentat dont nous parlons, produit d'une imagination déréglée et de la plus scandaleuse débauche, doit exciter d'autant plus l'animadversion publique, qu'il est ordinairement commis sur de jeunes enfans dont on empoisonne la vie, et qui sans cela auraient peut-être augmenté le nombre des citoyens vertueux. Cette considération doit faire sentir combien la punition de pareils misérables est loin d'être en rapport avec l'intensité du crime.

Le médecin appelé pour donner son avis dans un cas de ce genre, examinera attentivement l'anus. L'ouverture du rectum présente chez les personnes entachées de ce vice la forme d'un entonnoir, remarque due à feu M. Cullérier, qui, en sa qualité de médecin de l'hospice des vénériens, n'a que trop souvent eu l'occasion de la vérifier. Le bourrelet de l'anus est gros, boursoufflé et lâche; le sphincter se contracte difficilement, et le doigt entre sans effort. Il est vrai que cette disposition de l'anus suppose en général un certain nombre d'introductions; mais la disproportion entre le membre viril et l'orifice peut être telle que la forme de l'ouverture du rectum soit changée, même par suite d'une première tentative. Des hémorrhoïdes considérables, des fistules profondes, le renversement, le squirrhe, et même le cancer du rectum; telles sont les maladies qui peuvent accabler les personnes qui se livrent habituellement à la sodomie.

L'inflammation, les déchiremens, les rhagades, et une multitude de végétations de diverses formes, que l'on observe au pourtour de l'ouverture anale, doivent

être pris en grande considération, surtout lorsqu'ils coïncident avec les indices fournis par les autres circonstances de l'instruction juridique. Il y aurait cependant de l'impéritie à regarder de pareilles marques comme le résultat constant d'une introduction contre nature, car elles peuvent être produites par la sortie de matières fécales dures et inégales, comme on le voit dans les fissures à l'anus : elles sont quelquefois syphilitiques, et annoncent qu'il y a eu introduction illicite, ou bien que la maladie ayant été contractée par une autre voie, des symptômes vénériens consécutifs se sont manifestés à l'anus; d'où il suit qu'avant de conclure à la pédérastie d'après l'existence de la maladie vénérienne, il faut s'assurer que les symptômes syphilitiques sont le résultat d'un contact immédiat.

RAPPORTS SUR LA DÉFLORATION ET LE VIOL.

Premier rapport. Nous soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, sur la réquisition de M. le procureur du roi, à nous signifiée par le sieur X....., huissier, nous sommes transporté aujourd'hui, 20 mai, à dix heures du matin, accompagné de M. R....., commissaire de police, dans la maison de madame ***, sise rue de Clichy, n°..., au troisième étage, pour y visiter la fille de madame ***, âgée de treize ans, qu'on nous a dit avoir été déflorée et violée la veille à huit heures du soir. Arrivé dans la chambre nous avons trouvé ladite fille assise sur une chaise, se plaignant de douleurs vives aux parties génitales et aux cuisses; on nous a rapporté qu'elle n'avait jamais été réglée, et

qu'elle jouissait habituellement d'une bonne santé ; que la veille au soir elle avait été violemment saisie par M. N..., âgé d'environ vingt-cinq ans, qui en avait abusé après l'avoir maltraitée.

Après avoir constaté que mademoiselle *** n'était atteinte d'aucune affection catarrhale, et qu'elle exécutait parfaitement toutes ses fonctions, nous l'avons fait coucher sur le bord du lit pour examiner les organes de la génération; les grandes lèvres légèrement écartées, étaient tuméfiées et rouges à leur face externe; les petites lèvres évidemment gonflées, offraient çà et là des traces de déchirure recouvertes d'une sorte de mucus; l'hymen était déchiré, et ses lambeaux sanglans; il s'écoulait par le vagin un liquide d'un blanc jaunâtre ayant la consistance d'un mucus épais; on voyait au-dessus de la symphyse des pubis, à la partie interne et supérieure des cuisses, et aux fesses, des ecchymoses dont la couleur, uniformément rouge foncé, annonçait des traces de contusion récente.

Ces faits nous permettent de conclure qu'il y a eu introduction, ou du moins tentative d'introduction d'un corps assez volumineux dans le vagin de mademoiselle *** ; que l'entrée de ce corps n'a pu avoir lieu sans effort, et qu'à moins qu'il ne soit prouvé que les ecchymoses que l'on remarque sur diverses parties du corps sont indépendantes de l'acte par lequel le corps étranger a été introduit, il paraîtrait que l'introduction a eu lieu malgré la résistance opposée par mademoiselle ***.

En foi de quoi nous avons dressé le présent rapport; etc..... Fait à Paris, le 20 mai 1822.

Deuxième rapport. Nous soussigné, etc.... (*Voyez le premier rapport pour le préambule.*) Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé la fille N..., âgée de seize ans, réglée depuis dix mois, robuste, bien constituée et jouissant de la meilleure santé; elle se plaignait d'avoir été violée deux jours auparavant par M. S..., âgé de trente ans, et elle disait ne plus éprouver autant de douleur que peu de temps après avoir été violentée.

Nous avons procédé à la visite des organes de la génération, et nous avons vu que les grandes lèvres étaient écartées et d'un rouge vermeil à leur face interne; les petites lèvres et les caroncules myrtiformes étaient un peu tuméfiées, d'un rouge vif; la membrane de l'hymen n'existait plus; le clitoris, le canal de l'urètre, et la fourchette paraissaient dans l'état naturel; il n'y avait aucune trace d'écoulement par le vagin, ni de meurtrissure aux pubis, aux cuisses, etc.

Ces observations nous portent à croire que des tentatives ont pu être faites pour introduire forcément dans le vagin de mademoiselle N..... un corps plus ou moins volumineux, ce qu'il aurait peut-être été permis d'affirmer si la visite eût été faite trente ou trente-six heures plus tôt; mais que lors même qu'il serait prouvé qu'il y a eu défloration récente, on ne pourrait pas établir qu'elle ait été produite par le membre viril, et encore moins qu'elle a eu lieu contre la volonté de mademoiselle N..... En foi de quoi, etc.

Troisième rapport. Nous soussigné, etc... Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé madame***, âgée de trente ans, veuve depuis quatre ans, et mère de deux

enfans, qui se plaignait d'avoir été violée la veille par M. X..., âgé de quarante ans.

Les organes de la génération, ayant été visités, n'ont rien présenté de remarquable; ils étaient tels qu'on les trouve chez les femmes du même âge qui sont accouchées deux ou trois fois; les environs de la vulve, les cuisses et les fesses étaient le siége d'ecchymoses faites depuis peu.

Il résulte de ce qui précède, que rien ne démontre qu'il y ait eu introduction récente d'un corps quelconque dans les organes génitaux de madame ***, et qu'il serait par conséquent impossible d'affirmer qu'elle a été violée la veille; qu'il serait également impossible de nier qu'elle ne l'a pas été, les organes sexuels n'éprouvant en général aucun changement sensible par le coït, chez une femme déjà mère; mais qu'il est pourtant permis de soupçonner qu'elle a été l'objet d'une violence quelconque, à en juger par les traces de contusion observées sur différentes parties du corps. En foi de quoi, etc.

Quatrième rapport. Nous soussigné, etc..... Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé une petite fille, âgée de six ans, alitée, et que l'on nous a dit avoir été violée la veille.

Nous avons procédé à la visite des organes de la génération, et nous les avons trouvés rouges, tuméfiés et douloureux; il s'écoulait, par la vulve, un liquide d'un blanc jaunâtre comme grumelé, d'une odeur désagréable, tachant le linge; on voyait çà et là, à la face interne des grandes lèvres, de petits ulcères assez profonds, dont les bords étaient rouges, tuméfiés, irré-

guliers, et dont le fond était recouvert d'un liquide séreux, opaque, assez consistant, mêlé de sang, et qui formait des croûtes en se desséchant : un de ces ulcères, long d'environ quatre lignes sur trois de large, occupait la grande lèvre gauche. La membrane hymen était intacte. Les cuisses et les parties qui avoisinent les organes de la génération n'étaient le siége d'aucune ecchymose. L'enfant était d'ailleurs atteint d'une affection catarrhale caractérisée par les symptômes suivans : larmoiement, enchifrénement, enrouement, rougeur et gonflement de la face, douleur et pesanteur de tête, toux revenant par quintes, douleur de poitrine, difficulté de respirer, envies de vomir, peau chaude et halitueuse, membres brisés, pouls fort et fréquent.

Ces faits nous permettent d'établir que la fille dont il s'agit est atteinte d'une affection catarrhale semblable à celle qui règne épidémiquement, et qui est probablement le résultat de l'action du froid et de l'humidité sur le corps; que la lésion des organes génitaux paraît être de la même nature que celle des poumons, ou, en d'autres termes, qu'elle constitue une leucorrhée aiguë, et qu'il est par conséquent inutile, pour se rendre raison de l'état dans lequel se trouve cette jeune fille, d'admettre qu'elle a été déflorée. En foi de quoi, etc.

SEPTIÈME LEÇON.

Du Mariage.

On peut réduire les questions médico-judiciaires relatives au mariage aux deux suivantes ; 1° quels

sont les motifs d'opposition au mariage? 2° quels sont les cas de nullité du mariage? Examinons chacune de ces questions.

§ Ier.

Motifs d'opposition au Mariage.

L'article 174 du livre Ier du Code civil est ainsi conçu : « A défaut d'aucun ascendant, le frère ou la sœur, l'oncle ou la tante, le cousin ou la cousine germaine, majeurs, ne peuvent former aucune opposition au mariage que dans les deux cas suivans : 1° lorsque le consentement du conseil de famille, requis par l'article 160, n'a pas été obtenu; 2° lorsque l'opposition est fondée sur l'état de *démence* du futur époux : cette opposition, dont le tribunal pourra prononcer main-levée pure et simple, ne sera jamais reçue qu'à la charge par l'opposant de provoquer l'interdiction, et d'y faire statuer dans le délai qui sera fixé par le jugement. » Il est évident d'après cet article que l'état de démence est la seule maladie pouvant former opposition au mariage, et que le médecin requis dans un cas de ce genre doit se borner à statuer sur l'existence de cette aliénation mentale, qui peut être simulée. (*Voyez* Folie.)

Mais si la législation actuelle ne reconnaît parmi les maladies pouvant s'opposer au mariage que la démence, n'est-il pas du devoir du médecin consulté par les parens ou par les conseils de famille, de les avertir des dangers auxquels ils exposent les futurs époux s'ils sont atteints de certains vices de conformation ou de quelques maladies graves? Faudra-t-il, parce que la loi ne s'oppose point à la célébration du mariage, cacher aux contractans les malheurs qui peuvent le suivre,

et, si la démence forme une opposition *légale*, les maladies et les vices de conformation dont nous parlons ne doivent-ils pas être regardés comme de véritables oppositions? Nous le pensons, et c'est ce qui nous engage à en faire l'énumération.

1° La *difformité du bassin* peut être telle que l'accouchement naturel soit impossible ; alors les femmes périssent ou sont obligées de subir l'opération césarienne, ou leurs enfans sont dépecés et retirés par parties : toutefois nous ne partageons pas l'avis de M. Fodéré, qui veut que l'on interdise de *rigueur* le mariage aux filles dont le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur du bassin n'offre pas quatre pouces; car on sait que l'accouchement naturel n'est pas impossible, mais seulement plus long et plus douloureux, lorsqu'au lieu de quatre pouces, ce diamètre présente quelques lignes de moins ; on a même vu l'accouchement se terminer naturellement, ce diamètre n'étant que de trois pouces moins un quart; à la vérité, dans ce cas, la tête de l'enfant était plus petite et beaucoup plus molle qu'elle ne l'est ordinairement. Baudelocque ne regarde l'accouchement comme étant *constamment* impossible sans les secours extrêmes de l'art, qu'autant que les degrés de resserrement ne laissent pas deux pouces et demi de diamètre. Nous pensons, d'après cela, que l'on doit interdire le mariage dans un cas d'étroitesse du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, si ce diamètre n'offre pas trois pouces.

Nous ne parlerons pas des autres vices de conformation du bassin, tels que l'étroitesse du détroit inférieur, la trop grande capacité du bassin, les exostoses qui s'é-

lèvent quelquefois à la surface interne de cette boîte osseuse, etc., parce qu'ils sont en général moins redoutables que le précédent, et que le médecin jugera facilement du degré d'importance qu'il doit accorder à ces obstacles.

2° *L'épilepsie.* Il est malheureusement trop certain que l'épilepsie résiste presque toujours aux moyens curatifs les mieux combinés. Quelle que soit la cause qui l'a produite, elle est aggravée par les plaisirs de l'amour; les enfans nés de parens épileptiques peuvent être atteints de cette maladie, qui se manifeste même quelquefois chez l'autre époux. Nous avons été témoin du fait suivant : une demoiselle de dix-neuf ans, très-bien portante et éperdument amoureuse, est saisie de terreur en voyant son amant foudroyé par une attaque d'épilepsie; le lendemain elle éprouve un accès de cette maladie : cet accès se renouvelle tous les jours pendant dix-huit mois, et finit par céder à des saignées souvent réitérées; au bout de six mois la maladie recommence. Nous ignorons ce qui est arrivé depuis.

3° La *phthisie pulmonaire*. Cette affection est évidemment exaspérée par le mariage; et lors même qu'il serait démontré qu'elle n'est point contagieuse pour l'autre époux, on sait que la plupart des enfans des phthisiques naissent avec de grandes dispositions à la contracter.

4° La *carie* des vertèbres, des os du bassin, etc., suite d'une affection scrofuleuse invétérée, est assez grave pour faire supposer que les enfans qui naîtraient de ce mariage seraient chétifs, mal conformés et peu propres à parcourir une longue carrière.

5° L'*anévrisme du cœur et des gros vaisseaux*. Lorsque cette maladie est assez avancée pour qu'il n'y ait aucun doute sur son existence, elle doit être regardée comme un motif d'opposition au mariage, parce qu'elle est incurable et susceptible d'être aggravée par le coït.

6° La *syphilis invétérée*, et résistant à toute sorte de traitement. Ici le danger de la contagion est tellement évident qu'il est inutile de nous en occuper : que si la maladie cédait aux moyens convenables, lors même qu'elle se manifesterait pour la vingtième fois, on devrait bien se garder de la considérer comme un motif d'opposition au mariage.

7° La *lèpre*, qui à la vérité ne se communique pas toujours par le contact immédiat, mais qui se développe tôt ou tard chez les enfans des lépreux.

Plusieurs auteurs, et notamment M. Fodéré, ont encore rangé parmi les maladies que l'on doit considérer comme des motifs d'opposition au mariage, les affections suivantes : l'asthme sec et humide, l'hypocondrie, l'hystérie, la pierre et la colique néphrétique, la goutte, les rhumatismes chroniques, violens et continuels, et les dartres d'une espèce maligne. Nous sommes loin de partager cette opinion, non-seulement parce que plusieurs de ces maladies peuvent être guéries, et qu'elles ne s'exaspèrent pas sensiblement par le coït, mais encore parce que les enfans des parens qui en sont affectés n'en sont pas toujours atteints.

§ II.

Cas de nullité du mariage.

Parmi les articles du Code civil relatifs aux demandes

en nullité de mariage, le suivant est le seul qui intéresse le médecin :

« Le mariage qui a été contracté *sans le consentement* libre des deux époux, ou de l'un d'eux, ne peut être attaqué que par l'époux, ou par celui des deux dont le consentement n'a pas été libre. Lorsqu'il y a eu *erreur* dans la personne, le mariage ne peut être attaqué que par celui des deux époux qui a été induit en erreur. » (Livre Ier, art. 180.)

Ainsi l'homme de l'art peut être appelé pour décider, 1° si le consentement donné par les contractans est valable, vu qu'ils pouvaient se trouver dans un état de démence (*Voyez* MALADIES SIMULÉES); 2° s'il y a erreur dans la personne, c'est-à-dire si l'un des époux est impuissant ou s'il appartient à un sexe contraire à celui dont il avait cru faire partie; d'où l'on voit que nous sommes naturellement conduits à faire l'histoire de l'*impuissance et de certains vices de conformation des organes génitaux qui donnent à un individu l'apparence d'un sexe dont il ne fait point partie.* Toutefois avant d'entamer ce sujet, faisons remarquer que si le Code civil n'autorise pas *expressément* les demandes en nullité de mariage pour cause d'impuissance, les jurisconsultes les plus célèbres pensent avec raison que le mariage doit être annulé de plein droit dès qu'une cause physique s'oppose à la propagation de l'espèce; or les principales de ces causes sont l'impuissance et certains vices de conformation des parties sexuelles. Le fait suivant vient à l'appui de ce que nous avançons.

Une femme est accusée d'impuissance, quoique ayant

cohabité pendant neuf mois avec son mari ; le tribunal de première instance déclare le demandeur non-recevable par divers motifs. La cour d'appel séant à Trèves est saisie de l'affaire, et rend l'arrêt suivant : Attendu, 1° que les causes physiques et le défaut de conformation qui s'opposent au but naturel et légal du mariage sont des empêchemens qui l'annulent de plein droit ; 2° que les nullités dont il est mention dans le Code Napoléon n'ont évidemment rapport qu'aux cas prévus par le même Code, et qu'ainsi la fin de non recevoir opposée par l'intimée, n'est dans l'espèce, d'aucune considération : par ces motifs le procureur-général impérial entendu : la cour, sans s'arrêter à la fin de non recevoir opposée par l'intimée, et avant faire droit au principal, tous moyens des parties demeurant saufs et réservés, ordonne que, *par des gens de l'art*, dont les parties conviendront dans le délai de trois jours, ou qui faute de ce, seront nommés d'office, l'intimée sera vue et visitée, à l'effet de constater si son état physique et sa conformation s'opposent au but naturel et légal du mariage ; et dans le cas où il existerait un obstacle à cet effet, s'il existait déjà avant le mariage ou s'il est survenu depuis, et s'il est possible d'y remédier, pour ce fait, etc. ; du 27 janvier 1808. (Recueil général des lois et des arrêts, par J.-B. *Sirey*, tom. 8, pag. 216.)

De l'impuissance.

La fécondation ne saurait avoir lieu sans coït : celui-ci peut être fécond ou stérile ; donc la stérilité peut atteindre des personnes en état d'exercer cet acte. Or, comme nous croyons devoir définir l'*impuissance*, l'*impossibilité physique d'exercer le coït*, il est évident que l'impuissance diffère de la *stérilité*. Ainsi nous rejette-

rons toute idée d'impuissance dès que le coït pourra s'exercer, et nous rapporterons à la *stérilité* les autres causes qui s'opposent à la fécondation.

Les causes de l'impuissance ont été distinguées en *physiques* et *morales*. Les premières sont, pour ce qui concerne l'homme, *apparentes* et non *apparentes*, tandis qu'elles sont toujours *apparentes* chez la femme. Nous allons les examiner tour à tour dans les deux sexes.

Des causes physiques apparentes d'impuissance chez le sexe masculin.

Ces causes entraînent *nécessairement* l'impuissance : elles consistent dans l'absence de la verge ou des testicules, et dans l'imperfection du membre viril avec exstrophie de la vessie : les auteurs en ont indiqué d'autres, que nous ferons connaître plus bas ; mais nous verrons qu'elles ne déterminent le plus souvent qu'une impuissance *relative* ou *momentanée*.

Absence de la verge. L'absence de la verge entraîne nécessairement l'impuissance ; toutefois, comme la fécondation peut avoir lieu dès que le sperme est déposé à l'entrée des parties sexuelles féminines, et que le membre viril est assez long pour exciter chez la femme le degré d'éréthisme convenable, on aurait tort d'accuser d'impuissance un individu bien conformé d'ailleurs, dont la verge consisterait en une saillie des corps caverneux, perforée, et pouvant être introduite dans les parties génitales les plus extérieures. Les auteurs s'accordent à dire que l'impuissance virile ne pourrait être admise, dans des cas de ce genre, que lorsqu'il y aurait

une imputation de viol : l'erreur est manifeste; car l'individu que l'on accuse de défloration violente peut bien être incapable de la produire, sans qu'il doive être déclaré impuissant. (*Voyez* VIOL.)

Absence des testicules. Les testicules étant les organes secréteurs du sperme, et le coït ne pouvant s'exercer complètement sans cette liqueur, il est évident que l'absence des testicules entraîne nécessairement l'impuissance, quoique dans certains cas la verge soit susceptible d'érection, et qu'il puisse y avoir un simulacre de coït. Mais il ne suffit pas, pour déclarer l'absence des testicules, de ne point les trouver dans le scrotum, car on sait que chez les *crypsorchides* ils restent cachés pendant toute la vie derrière l'anneau inguinal, et que chez d'autres individus ils n'arrivent dans le scrotum qu'à un certain âge. Le défaut de testicules, loin d'être congénital, peut être encore le résultat de leur ablation, et il importe, pour la médecine légale, de savoir à quelle époque cette extirpation a eu lieu. Ces considérations nous engagent à faire l'exposition des caractères pouvant servir à reconnaître, 1° s'il y a absence absolue et congénitale des testicules; 2° si ces organes sont restés derrière l'anneau inguinal; 3° s'ils ont été extirpés.

A. *Caractères d'un individu chez lequel il y a atrophie ou absence absolue et congénitale des testicules.* En général les organes génitaux sont peu développés; le pubis est tapissé par une grande quantité de graisse; les individus sont faibles de corps et d'esprit, et n'éprouvent jamais de désirs vénériens; la peau est beaucoup plus molle et plus fine qu'elle n'est ordinairement chez les

autres hommes; les formes féminines prédominent; il n'y a point de barbe, la voix est grêle, les mamelles volumineuses, les mains courtes et potelées, les cuisses et les jambes semblables à celles des femmes; on ne remarque aucune trace de *cicatrice* au scrotum; quelquefois même cette enveloppe est lisse, sans raphé ni rainure dans la partie moyenne.

B. *Caractères des crypsorchides* (1), *c'est-à-dire des individus dont les testicules n'ont point franchi l'anneau inguinal.* Le développement des organes génitaux est au moins aussi parfait que chez les individus dont les testicules sont dans le scrotum; les formes de la virilité sont en général très-prononcées : nous disons en général, car on a vu chez un petit nombre de crypsorchides quelques-uns des caractères appartenant au sexe féminin; toutefois l'ensemble de ces caractères n'a jamais été aussi complet et aussi tranché que chez les personnes privées de testicules. Le scrotum ne présente aucune trace de *cicatrice* ni de mutilation.

C. *Caractères d'un individu dont les testicules ont été extirpés.* Que la perte des testicules soit le résultat de la vengeance, de la jalousie, du fanatisme, de l'ignorance, de la cupidité, ou de quelque maladie, elle détermine des changemens considérables si l'individu *n'est pas encore pubère.* Le scrotum se contracte et se réduit à un petit volume; la verge conserve à peu près

(1) *Crypsorchide* dérive de κρυπτω, je cache, et de ορχις, testicule.

les dimensions qu'elle avait à l'époque de la mutilation. Les castrats sont impropres à la fécondation, mais ils peuvent exercer un simulacre de coït et excréter une certaine quantité de l'humeur de la prostate. Le squelette est totalement altéré dans sa configuration, et se rapproche de celui de la femme, ainsi que toute la conformation extérieure du corps; la peau est lisse et douce; le volume du ventre et des jambes est beaucoup plus considérable que chez les autres hommes; les ganglions et les vaisseaux lymphatiques tendent à s'engorger; les capsules des articulations s'abreuvent aisément de synovie; le menton ne se couvre point de barbe; le volume du larynx est diminué; la glotte n'a qu'une très-petite circonférence; les cartilages laryngiens ont peu de développement; la voix conserve le même timbre aigu que dans l'adolescence; elle acquiert seulement un peu plus de force à mesure que la poitrine s'agrandit. Les facultés intellectuelles sont peu développées; doués à peine d'intelligence, les castrats sont en général apathiques, moroses, insensibles, pusillanimes et incapables, à peu d'exceptions près, de grandes actions. En examinant attentivement le scrotum, on découvre des traces de *cicatrice*. Si l'ablation des testicules n'a eu lieu que dans l'*âge viril*, la verge peut encore entrer en érection, et le coït est possible : l'habitude virile ne subit aucun changement, en exceptant toutefois ce qui est du ressort des fonctions sexuelles; aussi la barbe se conserve-t-elle, mais elle devient moins longue et moins épaisse. Le caractère moral change, et il n'est pas rare de voir les êtres ainsi mutilés tomber dans une noire mélancolie, et finir par

se suicider. On découvre aisément des traces de *cicatrice* au scrotum.

Un individu châtré après l'époque de la puberté est-il encore capable d'engendrer quelques jours après l'opération? Cette question agitée il y a quelques années en Allemagne, a été qualifiée à tort d'oiseuse dans un ouvrage anonyme; nous croyons qu'elle peut se reproduire et qu'elle mérite de fixer notre attention. M. Marc pense que l'individu doit être considéré comme impuissant. « Le temps qu'exige la guérison d'une blessure aussi grave semble être plus que suffisant pour reporter dans le torrent de la circulation la liqueur prolifique, qui alors ne peut plus être remplacée; et en supposant même que l'individu fût capable d'engendrer quelque temps après l'accident, cette faculté devrait après deux ou trois émissions séminales, nécessairement se perdre pour toujours; elle ne pourrait donc être considérée juridiquement que comme *temporaire.* » (*Articles Castration* et *Impuissance* du Dictionnaire des Sciences médicales.) Il faut l'avouer, nous manquons des faits nécessaires pour établir à cet égard quelque chose de positif; toutefois nous ne voyons aucun inconvénient à admettre la *puissance temporaire* dans le petit nombre de cas *seulement* où les testicules extirpés étaient sains; car il est évident que si l'ablation a été nécessitée par un état tuberculeux ou squirrheux de ces organes, comme il arrive le plus souvent, la sécrétion du sperme était viciée ou ne se faisait plus depuis long-temps; cette distinction nous paraît essentielle.

Imperfection de la verge avec exstrophie *ou* extrover-

sion *de la vessie.* Ce vice de conformation consiste en une tumeur rouge, molle, située à la région pubienne, d'un volume variable, ordinairement de la grosseur d'une mûre ou d'une cerise à la naissance, offrant sous la forme de deux petites ouvertures les extrémités des uretères, par où l'urine suinte continuellement : cette tumeur est inégale, bosselée, et semblable à une framboise, lorsqu'elle est petite ; elle est lisse et comme bilobée si son volume est plus considérable ; elle diminue par une douce compression, semble rentrer dans l'abdomen et disparaître, au point de ne laisser au dehors qu'une ouverture arrondie, dont les bords sont formés par la peau qui est adhérente, et qui est placée au bas de l'abdomen entre les muscles droits (sterno-pubiens) ; elle reparaît aussitôt que la compression cesse, et son volume augmente dans tous les cas de contraction forte du diaphragme, comme dans la toux, l'éternument, les cris, etc. Un examen plus approfondi fait voir que la vessie est à nu, que sa partie antérieure est ouverte et détruite, tandis que la postérieure est renversée au point de présenter au dehors sa face interne recouverte par la membrane muqueuse : il résulte de ce renversement que les intestins peuvent s'engager dans la poche formée par la partie postérieure de la vessie : cette sorte de sac herniaire s'échappe de l'abdomen à travers un écartement accidentel des muscles droits (sterno-pubiens). L'orifice urétral de la vessie est oblitéré, les pubis sont disjoints et plus ou moins écartés l'un de l'autre, l'ombilic est placé assez bas pour que dans certaines circonstances il soit caché par la tumeur, ce qui a pu donner lieu à une erreur grave : savoir, que

les enfans ainsi conformés étaient nés sans cordon ombilical. Presque toujours l'extroversion de la vessie est accompagnée d'une disposition vicieuse des organes génitaux; ce qui rend difficile la détermination du sexe. La déformation dont il s'agit est surtout remarquable dans les mâles, comme l'a observé M. Chaussier. Le *pénis*, dit ce professeur, *est court*, *sans urètre; quelquefois il est élargi et creusé en gouttière* à sa face supérieure; le scrotum est souvent rapetissé, vide; les testicules restent dans l'abdomen; les vésicules spermatiques manquent quelquefois. Diverses observations recueillies par Bonn, Mowat, Goupil, Tenon, J. Cloquet, etc., sur des enfans et sur des adultes, confirment le fait important que dans l'extroversion de la vessie, le *pénis est imperforé*, et que dans le cas ou l'urètre était ouvert, il n'aboutissait à aucune cavité. Isenflamm a vu un homme de quarante-cinq ans affecté d'exstrophie de la vessie, et qui était né sans pénis. (Recherches anatomiques. Erlangen, 1822.) M. Ristelhueber a décrit un cas de ce genre, qui avait pour objet un homme de quarante ans chez lequel on ne trouvait, au lieu d'une verge, qu'une protubérance *sans ouverture*, ayant la forme du gland. (Bibliothèque médicale. Décembre 1823.)

Les autres causes physiques apparentes d'impuissance chez le sexe masculin, rapportées par les auteurs, sont: l'*imperforation de l'extrémité du gland*, la *bifurcation*, les *vices de dimension* et la *direction vicieuse de la verge*, le *rétrécissement du canal de l'urètre*, le *phymosis*, le *paraphymosis*, les *hernies scrotales*, le *sarcocèle* et l'*hydrocèle*. Ces causes, comme nous l'avons déjà dit, n'en-

traînent pas nécessairement l'impuissance; quelques-unes ne donnent lieu qu'à une impuissance momentanée, puisqu'on peut les faire cesser ; il en est enfin qui ne déterminent jamais qu'une impuissance relative.

L'*imperforation* de l'extrémité du *gland* que l'on remarque chez les *hypospades* et les *épispades* n'est pas, disons-nous, une cause nécessaire d'impuissance ; en effet on désigne sous le nom d'*hypospadias* une affection dans laquelle l'urètre s'ouvre, soit à la base du gland, soit à la partie de la verge qui fait angle avec le scrotum, ou dans quelque point intermédiaire, mais toujours au-dessous de cet organe ; on nomme au contraire *épispadias* ce vice de conformation des parties génitales dans lequel l'urètre s'ouvre à la partie supérieure du pénis, plus ou moins près de l'arcade du pubis. Or il est évident que les individus atteints de ces vices de conformation ne pourront être déclarés impuissans qu'autant que l'ouverture de l'urètre sera assez près du pubis pour que le sperme ne puisse pas arriver dans le vagin : hors ce cas, ils doivent être reconnus capables d'exercer un coït fécond, à moins qu'il n'y ait absence des autres signes de la virilité. Hunter allait encore plus loin; il disait avoir rendu fécond un hypospadiaque dont le sperme sortait par le périnée, en faisant recueillir ce fluide dans une seringue au moment de l'éjaculation, et en l'injectant dans le vagin pendant l'éréthisme vénérien de la femme. Cette assertion ne nous paraît pas admissible.

La restriction que nous venons de mettre à la puissance des hypospades pourrait toutefois ne pas être

adoptée par les médecins qui embrasseraient l'opinion de quelques autorités célèbres ; en effet, Eschenbach, Teichmeyer, Faselius, Hebenstreit, Haller, Mahon, etc., refusent aux hypospades et aux épispades la faculté d'exercer un coït fécond. Zacchias partage cet avis, excepté dans le cas où l'orifice de l'urètre serait peu éloigné du gland. Mais qu'il nous soit permis de remarquer que dans les observations rapportées postérieurement par Kopp, Friebe et Siméons, la faculté de procréer des hypospades est mise hors de doute; d'ailleurs le raisonnement seul devrait nous conduire à l'admettre dans tous les cas où le sperme peut être déposé dans le vagin, dès qu'il est prouvé que des femmes ont conçu quoique ce conduit fût presque fermé, et que d'autres conservaient encore la membrane hymen au moment de l'enfantement, membrane qu'il a fallu inciser pour permettre à la tête de l'enfant de sortir.

La *bifurcation* ou la *duplicité* de la verge ne peut être considérée comme cause d'impuissance, que lorsqu'elle ne permet à aucune des extrémités du membre de s'introduire dans le vagin ; encore faudra-t-il rechercher, avant de porter un jugement, si le pénis bifurqué qui ne peut être introduit dans un vagin étroit, ne pourrait pas se loger dans un vagin plus ample, ou s'il ne serait pas possible, par un simple changement de position des époux, de le faire arriver dans la même cavité qui naguère lui refusait l'entrée; il est évident que dans le premier cas l'impuissance ne serait que relative.

Vices de dimension de la verge. Ce que nous avons dit à la page 135, à l'occasion de l'absence de la verge, prouve qu'il est impossible de regarder la *petitesse*

du membre viril comme une cause d'impuissance. Sa *longueur démesurée*, quoique pouvant occasioner la contusion du col de l'utérus et d'autres accidens, ne doit cependant pas être considérée comme un motif d'impuissance, puisqu'il suffit de certaines précautions pour que le coït ne soit pas douloureux; d'ailleurs la longueur des vagins n'est pas la même, et si le col de l'utérus d'une femme est atteint par un long pénis, celui de plusieurs autres pourra ne pas l'être. La *grosseur excessive* de la verge donne quelquefois lieu à des douleurs vives pendant le coït; mais comme le vagin est susceptible de se dilater beaucoup, soit par l'acte vénérien, soit par des efforts lents et gradués, et que d'une autre part la largeur des vagins est loin d'être la même chez toutes les femmes, nous ne regarderons point la grosseur du membre viril comme une cause d'impuissance, malgré l'opinion contraire de M. Fodéré.

La *direction vicieuse de la verge*, consistant en ce qu'elle est courbée en haut, en bas, à droite ou à gauche, n'est pas un motif d'impuissance s'il est possible de faire parvenir le sperme dans le vagin; d'ailleurs ce vice de conformation n'est pas toujours congénital; il peut être la suite d'un état variqueux, d'un engorgement ou d'une induration des corps caverneux, etc., comme l'a très-bien observé De la Peyronnie ; or il est quelquefois permis d'y remédier.

Le *rétrécissement du canal de l'urètre*. S'il est vrai qu'à la suite des blennorrhagies le canal de l'urètre peut être tellement rétréci qu'il refuse de livrer passage au sperme, et que celui-ci ne sort qu'en bavant et par gouttes lors-

que déjà le membre viril est hors du vagin, il est également certain que l'art possède des moyens de guérir la maladie, ou du moins de rétablir assez bien le cours du sperme pour qu'il ne soit point permis d'admettre l'impuissance.

Le *phymosis* et le *paraphymosis* sont deux affections congénitales ou acquises, auxquelles on peut facilement remédier, et qu'il serait par conséquent absurde de ranger parmi les causes apparentes d'impuissance.

Les *hernies scrotales* peuvent être tellement volumineuses que la verge soit presque effacée et le coït impossible; néanmoins on aurait tort de les regarder en général comme un motif d'impuissance, non-seulement parce qu'il est des cas où le coït peut s'exercer dans certaines positions du corps de l'homme et de la femme, mais surtout parce qu'il n'est *presque point* de hernie qui ne puisse être réduite en totalité ou en partie au bout d'un certain temps, à la faveur du repos, de la diète, et de l'amaigrissement, qui en est la suite (1). La verge peut également être effacée par une *hydrocèle* volumineuse; mais comme cette affection est susceptible de guérir radicalement, et qu'il est du moins permis de vider la tumeur, on ne saurait la considérer comme un motif d'impuissance.

Le *sarcocèle*. Si les deux testicules sont squirrheux,

---

(1) Les hernies qui ne sont susceptibles d'aucun genre de réduction sont fort rares; on ne les observe que lorsque les parties déplacées adhèrent intimement au collet du sac herniaire, et que celui-ci est lui-même très-adhérent à l'ouverture aponévrotique à laquelle il correspond.

la sécrétion du sperme ne se fait plus, et il y a nécessairement impuissance. Il n'en est pas de même si la maladie n'a atteint qu'un seul testicule, car alors l'autre peut fournir assez de liqueur séminale pour rendre le coït fécond. Dans les cas excessivement rares où le sarcocèle consiste dans une induration et un épaississement de la tunique vaginale et de la membrane fibreuse qui la recouvre, l'individu jouit de la faculté de procréer, mais il est impossible de reconnaître du vivant de l'individu cette variété du sarcocèle. Quoi qu'il en soit, avant de prononcer sur une question d'impuissance qui reconnaîtrait pour cause un sarcocèle, il faut éviter de confondre avec lui l'induration et le gonflement du scrotum, et cette affection du testicule dans laquelle on remarque plusieurs petites tumeurs qui suppurent, et que l'on guérit facilement en ouvrant les abcès.

Causes physiques cachées d'impuissance chez le sexe masculin.

Ces causes sont de deux ordres; tantôt il existe certains vices organiques des parties génitales qu'il est impossible d'apprécier pendant la vie; tels sont l'endurcissement du *verumontanum*, l'engorgement de la prostate, etc.; tantôt il y a absence d'énergie nerveuse, soit générale, soit locale. Ces causes d'impuissance, pour ne pas pouvoir être appréciées par le médecin, n'en sont pas moins réelles, et il importe qu'il en ait connaissance parce que s'il ne parvient pas à établir la réalité de l'impuissance d'après des faits apparens, du moins prouvera-t-il que l'impuissance n'est pas impossible, ce qui

n'est pas indifférent pour les magistrats chargés de prononcer le jugement.

Vices organiques. Dans un mémoire sur quelques obstacles qui s'opposent à l'éjaculation naturelle de la semence, De la Peyronnie parle d'un homme qui avait déjà eu trois enfans, et qui, à la suite d'une gonorrhée dont il négligea le traitement, faisait de vains efforts pour éjaculer le sperme, qui ne sortait qu'en bavant, peu de temps après le coït; l'urine cependant était rendue sans difficulté, ce qui ne permettait pas de supposer un rétrécissement ou tout autre obstacle dans l'urètre. A l'ouverture du cadavre, on trouva une cicatrice sur l'éminence de la portion du *verumontanum* qui regarde la vessie : les brides de cette cicatrice avaient changé la direction des vaisseaux éjaculatoires, de manière que leurs ouvertures, au lieu d'être dirigées comme elles le sont naturellement vers le bout de la verge, l'étaient dans le sens contraire, c'est-à-dire vers le col de la vessie; aussi le sperme, ne pouvant plus se diriger vers le bout du gland, était-il réfléchi vers le côté droit du col de la vessie. (Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. Ier.) Plusieurs auteurs rapportent également des exemples dans lesquels les vaisseaux éjaculatoires étaient remplis d'une matière comme pétrifiée, ou dont l'extrémité urétrale était bouchée et endurcie par une substance analogue.

Absence d'énergie nerveuse. Quelque complète et parfaite que soit en apparence l'organisation des parties génitales, l'homme peut cependant être impuissant par cela seul qu'il est épuisé. Cet épuisement est général ou borné aux organes de la génération ; il dépend de l'âge,

des excès de tout genre, de certaines maladies débilitantes, d'une trop forte contention d'esprit, etc. Mais s'il est incontestable que l'âge doive être regardé comme une cause d'épuisement, faudra-t-il refuser, avec quelques auteurs de médecine légale, la puissance générative à tout individu qui aura atteint la soixante-dixième année? L'observation nous apprend tous les jours le contraire, en nous montrant des hommes plus âgés qui jouissent encore de la faculté de procréer, tandis que des libertins de trente et de quarante ans sont énervés et hors d'état de propager l'espèce. On ne peut donc pas établir d'une manière précise l'époque à laquelle cesse la faculté d'engendrer. Quant à l'épuisement déterminé par les autres causes dont nous avons parlé, il importe de distinguer s'il est général ou partiel : ne voit-on pas en effet des individus épuisés par de vastes foyers purulens qui ont leur siége dans les poumons ou dans d'autres organes, satisfaire leurs désirs vénériens avec la plus grande énergie, et exercer un coït fécond? Les phthisiques sont particulièrement dans ce cas. Dans d'autres circonstances au contraire tout semble annoncer une constitution assez vigoureuse, tandis que les organes génitaux, et particulièrement les muscles érecteurs, sont frappés d'une faiblesse que l'homme de l'art n'auroit pas osé soupçonner avant que la partie intéressée en eût fait l'aveu. Ces détails, sur lesquels il serait inutile d'insister, prouvent combien il doit être difficile d'assigner l'absence d'énergie nerveuse comme cause d'impuissance, et par conséquent combien il y aurait de témérité de la part du médecin qui ne se bornerait pas à émettre *des doutes.*

HUITIÈME LEÇON.

Des causes physiques apparentes d'impuissance chez le sexe féminin.

Il en est de ces causes comme de celles qui déterminent l'impuissance chez le sexe masculin; les unes s'opposent nécessairement à la reproduction, tandis que les autres ne doivent être considérés que comme des motifs d'impuissance *temporaire* et *relative :* nous allons les exposer succinctement.

L'*absence du vagin* entraîne nécessairement l'impuissance.

L'*oblitération des organes génitaux*, acquise ou congénitale, produite par la réunion des grandes et des petites lèvres ou des caroncules myrtiformes, par la persistance et la dureté de l'hymen, ou par la présence d'une autre membrane située beaucoup plus haut et qui peut exister en même temps que l'hymen, ne saurait être un motif d'impuissance, puisqu'on peut y remédier facilement par une incision. L'oblitération du *vagin* qui serait irremédiable ne devrait pas être encore regardée comme cause d'impuissance, si l'extrémité supérieure du vagin communiquait avec le rectum, ou que ce canal vînt s'ouvrir dans la paroi antérieure de l'abdomen. Les faits suivans sont propres à éclaircir ce sujet :

1° *Barbaut* rapporte que dans deux cas de communication du vagin avec le rectum l'accouchement eut lieu, une fois au moyen d'une déchirure qui s'étendit

jusqu'au méat urinaire, et l'autre fois à l'aide d'une incision qui favorisa la sortie du fœtus. (Cours d'accouchemens, page 59.) 2° Une jeune Piémontaise était au moment d'accoucher, lorsqu'on s'aperçut qu'il y avait une tumeur volumineuse à l'endroit correspondant à l'orifice du vagin. Le professeur *Rossi* crut distinguer la tête de l'enfant à travers la tumeur, qu'il incisa, et l'accouchement eut lieu. Il s'agissait de savoir comment la conception avait pu s'effectuer, et il résulta des aveux de la femme que son mari n'ayant pas trouvé ce qu'il désirait, avait suivi une route opposée. L'éclaircissement fut complet, lorsqu'on eut constaté qu'il existait une communication congénitale et directe entre le vagin et le rectum. (Article Impuissance du Dictionnaire des sciences médicales.) A la vérité, si par suite de cette communication, le vagin est sali, enflammé ou érodé par l'urine ou par les excrémens, il est à présumer que la copulation n'aura pas lieu; mais il y a loin de là à déclarer la femme impuissante. 3° On lit dans Morgagni que *Gianella* fut appelé pour donner des soins à une femme enceinte, d'environ quarante ans, dont le vagin s'ouvrait à la paroi antérieure de l'abdomen; il fut obligé de dilater l'ouverture extérieure, pour qu'elle permît le passage de l'enfant. (Liber quintus, epist. 67, tom. III, pag. 368.)

Le *resserrement excessif du vagin* doit être regardé comme cause d'impuissance si l'art ne parvient pas à dilater convenablement ce canal; il faut donc, avant de porter son jugement, savoir que ce vice de conformation peut dépendre d'une dépression considérable et *irremédiable* des os pubis, d'une hypersarcose, de

callosités, de tumeurs, de brides, etc., qui résistent quelquefois aux efforts de l'art. Dans la plupart des cas cependant l'étroitesse du vagin ne tient à aucune de ces causes, et l'on peut y remédier. Ici les observations se présentent en foule; nous nous bornerons à citer la suivante : Benevoli est appelé pour traiter une femme mariée depuis plus de trois ans, au moment où le mariage devait être annulé parce que le vagin n'était pas plus large qu'une plume à écrire de moyenne grosseur, malgré les efforts d'un mari vigoureux; les parois de ce canal étaient dures et comme calleuses; l'usage des fomentations émollientes et de pessaires de différentes grosseurs, faits avec la racine de gentiane, procura une dilatation suffisante pour permettre le coït. (*Van Swietten*, Commentaria, etc., morbi virginum, § 1290, tom. IV, pag. 386.)

Il est des cas où l'étroitesse du vagin disparaît d'elle-même : on lit dans les Mémoires de l'Académie des sciences de Paris (année 1712) qu'une jeune fille, mariée à l'âge de seize ans, avait le vagin assez étroit pour permettre à peine l'introduction d'une plume à écrire; les règles coulaient difficilement et avec douleur; tout portait à croire que l'extrémité supérieure du vagin était plus étroite encore que l'inférieure; la copulation avait été déclarée impraticable par les gens de l'art; cependant, après onze ans de mariage, cette femme devint grosse, quoique le rétrécissement du canal n'eût point diminué; vers le cinquième mois de la grossesse, le vagin commença à se dilater, et finit par acquérir les dimensions convenables pour que l'accouchement eût lieu.

Mais si les faits qui précèdent prouvent que le rétrécissement *excessif* et *irremédiable* du vagin est une cause d'impuissance, il en est d'autres qui nous forcent à admettre qu'avec un rétrécissement même assez *considérable* de ce canal, la copulation peut avoir lieu, surtout lorsque le membre viril n'est pas gros; dès lors ce rétrécissement ne saurait être considéré que comme un motif d'impuissance *relative*. A l'ouverture du cadavre d'une jeune fille de treize ans, que l'on savait s'être livrée à la masturbation et n'avoir jamais été réglée, on découvrit plusieurs parties d'un fœtus dans l'ovaire gauche; cependant on apercevait la membrane hymen, et le vagin était assez *étroit* pour permettre à peine l'introduction du *petit doigt*. Le bassin, les mamelles et les organes génitaux, excepté le clitoris, avaient les mêmes dimensions que dans l'enfance. (*Nysten*, Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Corvisart, etc., tome V, brumaire an XI.)

L'*ampleur du vagin* a été regardée à tort comme une cause d'impuissance; il est vrai que lorsqu'elle est le résultat de la rupture du périnée, et que le vagin communique avec l'anus, l'affection est trop dégoûtante pour que l'on suppose la copulation possible; mais si elle a lieu, le coït peut être fécond.

Le *prolapsus du vagin et de l'utérus* n'est pas non plus une cause nécessaire d'impuissance; car on a vu, rarement à la vérité, des femmes accoucher la matrice étant pendante entre les cuisses, et dans un état de prolapsus complet; d'ailleurs on sait que l'on peut y remédier dans beaucoup de cas, et que certains prolapsus utérins ont été guéris par la fécondation.

Est-il nécessaire de réfuter l'erreur dans laquelle sont tombés plusieurs médecins, en attribuant l'impuissance aux *dimensions excessives du clitoris et des nymphes?*

L'*état squirrheux ou carcinomateux de la matrice* n'est point un motif d'impuissance, puisqu'il ne s'oppose même pas à la fécondation, comme nous le dirons en parlant de la *stérilité;* toutefois il faut avouer que la douleur qui accompagne alors cet acte doit détourner la femme de s'y livrer. Nous ne regarderons pas non plus comme un motif d'impuissance l'*occlusion complète* de l'orifice de l'utérus. (*Voyez* Stérilité.)

La *sensation douloureuse* que produit le coït, et qui tient dans beaucoup de cas à un des vices de conformation dont nous venons de parler, ne saurait être regardée comme cause d'impuissance, qu'autant que la douleur serait assez vive pour que l'approche de l'homme ne pût être supportée; cette impuissance d'ailleurs pourrait n'être que *temporaire* ou *relative*, puisqu'il serait possible dans certains cas de faire cesser la douleur en employant des médicamens appropriés, et que dans d'autres circonstances il serait permis de croire à la possibilité du coït avec un individu dont le membre viril aurait de plus petites dimensions.

Quelques auteurs rangent encore parmi les causes physiques apparentes d'impuissance chez la femme la *conformation très-vicieuse des os du bassin*, et une *tumeur interne rétrécissant ses diamètres*, parce qu'il est difficile de concevoir la possibilité que la femme puisse accoucher naturellement et sans le plus grand danger pour sa vie, ainsi que pour celle du fœtus. (Marc.) Nous pensons qu'excepté le cas où le défaut de conforma-

tion ne permet pas l'entrée du membre viril dans le vagin, cet état ne peut être regardé comme une cause d'impuissance, mais bien comme un motif d'opposition au mariage.

Des causes morales d'impuissance.

Indépendamment des causes physiques d'*impuissance* dont nous avons parlé, il en est d'autres que l'on appelle morales, et dont l'action peut se faire sentir chez le *sexe masculin*, lors même que les organes génitaux sont parfaitement conformés.

Ne sait-on pas en effet que la haine, le dégoût, la timidité, des désirs trop vifs, des écarts de l'imagination, peuvent rendre l'homme incapable d'exercer le coït? Mais dans ces cas l'aptitude à la copulation n'est que suspendue; l'impuissance, si elle pouvait être admise, serait tout au plus *temporaire* et *relative*; le plus léger repos du corps et de l'esprit, ou la simple vue d'une autre femme qui n'inspire aucun sentiment pénible, suffiraient pour réveiller la puissance génératrice. Ce serait à tort que l'on déclarerait *impuissant* l'individu qui serait soumis à l'influence de ces causes, parce que l'art ne possède aucun moyen d'apprécier leur existence ni leur degré d'influence. Il n'en est pas de même chez la *femme;* aucune de ces causes morales ne peut la faire déclarer impuissante, parce qu'il y a des exemples de coït même fécond chez des femmes qui, loin d'y avoir pris une part active, étaient restées dans la plus parfaite immobilité, et que chez d'autres on a vu l'acte vénérien se consommer au milieu de la haine, de l'épouvante et de la douleur.

De la stérilité.

La stérilité diffère de l'impuissance (*Voy.* pag. 144.) et consiste dans une disposition particulière qui s'oppose à la conception. Un homme atteint d'impuissance irremédiable est nécessairement stérile, puisque la fécondation ne saurait avoir lieu sans coït. Une femme peut être impuissante sans être stérile; en effet, si l'impossibilité d'exercer le coït dépend chez elle d'un vice de conformation qui s'oppose à l'introduction du membre viril, il suffira d'y remédier pour que la conception ait lieu.

Les causes de la stérilité chez la femme sont : l'absence de l'utérus, le défaut de cavité dans son intérieur, l'obturation de son orifice (1), le manque des deux ovaires, leur état squirrheux, carcinomateux, ou leur hydropisie, l'absence des deux artères spermatiques, l'oblitération des deux trompes et des conformations vicieuses dans lesquelles le vagin se termine à une certaine profondeur par une sorte de cul-de-sac, ou s'ouvre dans la vessie : il est évident que dans ce dernier cas la conception ne pourrait pas avoir lieu, lors même que le méat urinaire aurait éprouvé une dilatation suc-

(1) Les exemples d'agglutination des parois ou des lèvres du col de l'utérus sont beaucoup plus rares qu'on ne l'a dit : en effet, comme l'observe fort bien M. Desormeaux, on s'en est laissé imposer par une grande obliquité antérieure de l'utérus, qui en avait rendu l'orifice inaccessible au doigt de l'accoucheur.

cessive assez grande pour admettre le pénis, comme des auteurs assurent l'avoir vu. L'ouverture du vagin dans le rectum ou dans la paroi antérieure de l'abdomen n'est pas une cause de stérilité. (*Voyez* page 149.)

La plupart des vices de conformation dont nous venons de parler rendent la stérilité absolue et incurable, tandis qu'il est des vices de situation que l'on ne saurait considérer que comme des causes *temporaires* de stérilité : ainsi, que l'orifice de l'utérus soit trop bas, trop porté en arrière ou de côté, l'art parvient à le rétablir dans sa position naturelle, ou bien il suffit d'exercer le coït avec certaines précautions pour en faire disparaître les inconvéniens.

Un troisième ordre de causes de stérilité chez la femme, est celui qui tient à une disposition *particulière* du tempérament, ou à une *affection* générale exerçant une grande influence sur l'utérus. Ici toutes les parties génitales sont en apparence bien conformées, et néanmoins la femme est stérile; il est vrai que la stérilité peut cesser au bout d'un certain temps, soit parce qu'on guérit la maladie qui la produisait, soit parce que le tempérament change avec l'âge. Combien de femmes, par exemple, n'a-t-on pas vu devenir fécondes après quinze et vingt ans de stérilité?

Les flueurs blanches et les règles immodérées ne sont point des causes de stérilité; la conception, pour être plus difficile chez les femmes atteintes de ces maladies, n'en a pas moins lieu; nous en dirons autant du *squirrhe* et du *cancer* de la matrice; un état même très-avancé de ces lésions organiques n'empêche pas les femmes de devenir enceintes et d'accoucher à terme; enfin il y a

long-temps que les médecins s'accordent à ne plus regarder comme causes de stérilité le défaut de menstruation et de sensation voluptueuse, plusieurs femmes étant devenues grosses sans avoir jamais été réglées, et d'autres ayant été très-fécondes quoiqu'elles ne prissent aucune part aux jouissances vénériennes.

Si les causes de stérilité chez la femme sont souvent si difficiles à apprécier, la difficulté est encore plus grande lorsqu'il s'agit de déterminer les motifs de la stérilité chez l'*homme* qu'aucun vice de conformation ne rend impuissant : la solution d'un pareil problème est au-dessus des ressources de l'art. Quand il y a impuissance irremédiable, la stérilité en est une suite nécessaire; si l'impuissance n'est que *temporaire*, l'homme pourra ne pas être stérile : aussi ne partageons-nous pas l'opinion de M. Fodéré, lorsqu'il regarde comme cause de stérilité chez l'homme des cicatrices dans l'urètre, qui obligent la liqueur spermatique de rétrograder vers la vessie; car il est évident que si l'on parvient à détruire ces cicatrices, le sperme pourra arriver jusque dans le vagin.

Conclusions sur l'impuissance et la stérilité.

1° Il existe chez l'un et chez l'autre sexe des causes appréciables d'impuissance absolue et irremédiable : il suffit de constater ces causes, qui ne sont pas aussi nombreuses qu'on l'a dit, pour déclarer l'individu impuissant.

2° Certains vices d'organisation que nos sens peuvent saisir, et auxquels l'art peut remédier, déterminent l'impuissance que l'on doit qualifier de *temporaire.*

3° Dans d'autres circonstances, la disproportion entre les organes génitaux de l'homme et de la femme est telle que si par des moyens appropriés on ne parvient pas à la corriger assez pour permettre la copulation, on doit déclarer qu'il y a impuissance *relative*.

4° Les causes morales ne suffisent point pour établir l'impuissance; elles ne peuvent tout au plus que servir d'excuse au prévenu.

5° Le temps a fait justice des prétendus avantages d'une méthode aussi immorale qu'insuffisante pour établir la réalité de l'impuissance : nous voulons parler du *congrès*, qui avait pour objet de mesurer en quelque sorte la puissance génératrice en présence de témoins.

6° Dans une accusation d'impuissance *temporaire* et *relative* qui n'existerait plus au moment où le médecin serait requis de donner son avis, comme cela pourrait avoir lieu, par exemple dans le cas d'un désaveu de paternité, il faudrait prouver, par des attestations des gens de l'art, qu'il y avait impuissance à l'époque prétendue du coït.

7° Il n'est permis de conclure à la *stérilité* que dans le cas où il y a impuissance *irremédiable*.

8° Dans toute autre circonstance on ne peut établir que de simples conjectures, insuffisantes pour faire dissoudre un mariage ou pour attaquer la légitimité des enfans.

Des vices de conformation des organes génitaux qui donnent à un individu l'apparence d'un sexe dont il ne fait point partie.

Tout ce que nous avons dit à l'article *Impuissance* se rapporte à des individus dont le sexe peut être facilement déterminé ; en effet ce n'est guère que dans certains cas d'exstrophie de la vessie, d'hypospadias et de prolapsus de l'utérus, que l'homme de l'art peut éprouver quelques difficultés à assigner le sexe. Il n'en est pas de même ici ; la difformité des parties génitales est quelquefois telle qu'il est extrêmement difficile d'acquérir cette connaissance, d'autant plus que l'on peut trouver réunis chez le même individu *presque* tous les organes génitaux des deux sexes. C'est au peu d'attention apportée dans l'étude de ces êtres bizarres que l'on doit attribuer la croyance où sont encore de nos jours plusieurs personnes qu'il existe des individus offrant les deux sexes, de véritables *hermaphrodites* (1). L'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas d'adopter de pareilles idées, tout en admettant que la plupart des plantes et plusieurs animaux d'un ordre inférieur réunissent les organes mâles et femelles chez un même individu ; le mot *hermaphrodisme* devrait donc

(1) La Fable nous apprend que la nymphe Salmacis, irritée de l'indifférence qu'affectait pour son amour *Hermaphrodite*, fils de Mercure (Ερμης) et de Vénus (Αφροδιτη), elle obtint des dieux que son corps fût réuni au sien pour n'en former qu'un seul.

être rayé du langage médical toutes les fois qu'il serait question de l'espèce humaine. Conséquens dans cette manière de voir, nous nous garderons bien de l'employer.

Les vices de conformation dont nous parlons peuvent être l'objet d'une enquête, soit qu'il s'agisse de constater l'état *civil* d'une personne, soit que l'on veuille *statuer* sur son aptitude à la procréation avant ou après qu'elle aura contracté mariage. Non pas que la législation actuelle, à l'égard de pareils individus, se ressente en aucune manière de la barbarie de celle des anciens temps, où l'on voyait jeter à la mer, enterrer vivans, ou pendre les infortunés atteints de ces vices de conformation, sous prétexte qu'ils avaient fait ou qu'ils pouvaient faire un mauvais usage de leurs organes génitaux.

Nous croyons devoir examiner chacun de ces vices de conformation, avant de chercher à résoudre les questions que le magistrat pourrait adresser aux médecins.

Vices de conformation chez l'homme. A. Lorsque, dans l'*hypospadias*, l'ouverture de l'urètre est au périnée, le scrotum est divisé sur la ligne médiane, et forme un enfoncement plus ou moins profond; les bords de cette fente, produits par deux replis de la peau, ressemblent aux grandes lèvres de la vulve, et renferment quelquefois les testicules; d'autres fois ces organes sont retenus derrière les anneaux inguinaux, ou forment deux éminences saillantes aux deux côtés du pubis. Le pénis, tantôt de longueur ordinaire, est plus souvent petit, et offre un gland imperforé; quelquefois il est fendu; dans certains cas il communique avec le rectum.

Voici un exemple d'hypospadias très-compliqué et fort remarquable.

En 1792 un enfant nouveau-né est porté sur les registres de l'état civil comme appartenant au sexe féminin; on lui impose les noms de *Marie-Marguerite*. Parvenu à l'âge de la puberté, deux tumeurs se présentent à l'anneau inguinal, on cherche à les contenir au moyen d'un double brayer, qui occasione des douleurs assez vives pour qu'on ne puisse plus en continuer l'usage; les deux corps ovoïdes qui formaient ces tumeurs arrivent dans le scrotum. A l'âge de dix-neuf ans *Marie* devait se marier; ses parens décidèrent qu'elle serait visitée par un homme de l'art, puisque le chirurgien chargé de soigner les tumeurs publiait qu'elle était blessée de manière à ne jamais pouvoir contracter mariage. Le docteur Worbe décide que cet individu appartient au *sexe masculin*. En vertu d'un jugement rendu en 1813, après une nouvelle visite faite par trois médecins, *Marie* est déclarée appartenir au sexe masculin, et il lui est ordonné de quitter ses habits de femme; son acte de naissance sera et demeurera rectifié. Voici comment le docteur Worbe décrit cet individu à l'âge de vingt-trois ans: « Il a les cheveux et les sourcils châtain clair; une barbe blonde commence à cotonner sur la lèvre supérieure et à son menton; le timbre de sa voix est mâle; sa taille est de quatre pieds onze pouces; sa peau est très-blanche, et sa constitution robuste; ses membres sont arrondis, mais bien musclés, la conformation du bassin ne présente aucune différence de celui d'un homme; les genoux ne sont pas inclinés l'un vers l'autre; ses mains sont larges et fortes; les

pieds ont des proportions analogues. Jusqu'ici *Marie* n'est qu'un homme ordinaire ; cependant, si l'on considère les seins, on les prendrait, à leur volume, pour ceux d'une jeune fille ; mais ils sont pyriformes ; leur mamelon est peu saillant ; est-il érectile ? J'ai cherché à le savoir, je n'ai pu me faire comprendre. Il ne m'a pas semblé que ces seins présentassent au toucher cette structure glanduleuse, caractère spécial de l'organe de la sécrétion du lait. Le pubis est couvert d'une assez grande quantité de poils, d'une couleur moins foncée que celle des cheveux : ces poils sont rares dans les environs de cette région. Si l'on écarte les cuisses l'une de l'autre, on remarque une fente longitudinale ; les replis de la peau qui la forment sont exactement rapprochés ; on ne voit au-dehors de cette fente rien qui annonce les parties génitales du mâle. Qu'avec la main on explore ces parties, d'abord on sent deux corps suspendus chacun à un cordon sortant de l'abdomen par l'anneau sus-pubien ; celui qui est à droite est plus volumineux ; il descend plus bas que celui qu'on trouve à gauche. On ne peut douter que ces corps ne soient de véritables testicules tenant aux cordons spermatiques, quand on a eu plusieurs fois l'occasion de palper ces organes chez différens sujets, tant dans l'état sain que dans l'état malade. En écartant ce qui forme les lèvres de cette espèce de vulve, on observe supérieurement un gland imperforé. Ce gland est petit, et, pour sa forme, il peut être comparé à l'extrémité du doigt annulaire d'une main de moyenne grosseur. Au-dessous de ce corps charnu commence un demi-canal qui vient aboutir à une ouverture située à un pouce et

demi en avant de la marge de l'anus. Cette ouverture est taillée de derrière en devant, comme une plume à écrire, comme un cure-dent; *c'est l'orifice externe du canal de l'urètre*. De ce que je viens d'exposer, il suit que, dans le sujet qui fait la matière de cette dissertation, le scrotum est séparé en deux loges; que chacune contient un testicule; que ces témoins irrécusables de la virilité sont les tumeurs que le chirurgien de Bu a prise pour des hernies inguinales; que la verge est imparfaite; qu'enfin ce sujet est affligé d'un *hypospadias très-compliqué*. » (Bulletin de la Société de la Faculté de médecine, n° 10, année 1815.)

B. Il existe des cas où, sans qu'il y ait *hypospadias*, le scrotum paraît fendu, et simule plus ou moins une vulve; cette fente résulte alors d'un renfoncement assez considérable du raphé, pour que l'on croie à l'existence d'un vagin ; mais on s'aperçoit bientôt que ce n'est qu'un cul-de-sac placé entre le rectum et la vessie.

C. On a vu le gland conformé de manière à présenter une fente qui le faisait ressembler en petit aux parties génitales externes de la femme.

D. Les individus chez lesquels il y a absence ou atrophie des testicules offrent en général les formes extérieures de la femme, quoiqu'ils appartiennent évidemment au sexe masculin. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet, que nous avons traité à la page 136; nous nous bornerons à citer l'observation suivante: Un enfant de treize ans, presque idiot, n'avait point de verge, mais on voyait à la place un prépuce d'environ deux lignes, sous lequel était situé l'urètre; le scrotum, lisse, sans raphé ni rainure, contenait deux

testicules de la grandeur de ceux d'un fœtus; on ne découvrait aucune trace de vagin ; le pénil était surchargé de graisse. Le corps de cet enfant, haut de quatre pieds, était d'une grosseur extraordinaire; il semblait ne former qu'une masse de graisse; les mamelles étaient aussi volumineuses que celles d'une femme très-grasse. (*Home*, Transactions philosophiques, année 1799.)

NEUVIÈME LEÇON.

Vices d'organisation chez la femme.

E. Il existe des femmes dont les organes génitaux sont parfaitement conformés, si ce n'est que le *clitoris* présente des dimensions excessives qui lui donnent l'apparence d'un membre viril imperforé; du reste les formes du corps appartiennent d'une manière si prononcée au sexe féminin, qu'il est impossible qu'on soit induit en erreur.

F. Dans d'autres circonstances, la longueur du *clitoris* n'est pas la seule bizarrerie des parties sexuelles, et l'on découvre en outre quelques-unes des formes qui caractérisent le corps de l'homme. Le fait suivant, observé par Béclard, est trop remarquable pour ne pas être consigné ici par extrait : *Marie-Madeleine Lefort*, âgée de seize ans, paraît appartenir au sexe masculin, si l'on n'a égard qu'à la proportion du tronc, des membres, des épaules et du bassin, à la conformation et aux dimensions de cette dernière cavité, au volume du larynx, au ton de la voix, au

développement des poils, et à la forme de l'urètre, qui se prolonge au delà de la symphyse des pubis; elle fait pourtant partie du sexe féminin, comme on peut s'en convaincre en examinant attentivement les organes génitaux. Le pénil est arrondi et couvert de poils nombreux. Au-dessous de la symphyse des pubis, on aperçoit un *clitoris* péniforme, long de vingt-sept millimètres dans l'état de flaccidité, susceptible de s'allonger un peu dans l'érection, muni d'un gland imperforé, creusé inférieurement d'un canal déprimé, à la partie inférieure duquel on voit cinq petits trous placés régulièrement sur la ligne médiane. Au-dessous, et en arrière de ce clitoris, on remarque une vulve à deux lèvres étroites, courtes, minces et garnies de poils, ne contenant point de testicules, et s'étendant jusqu'à dix lignes au-devant de l'anus. Dans l'intervalle des lèvres est une fente très-superficielle, sous laquelle la pression fait sentir vaguement un vide au-devant de l'anus. A la racine du clitoris, on voit une ouverture arrondie; une sonde, introduite par cette ouverture, ne peut être portée dans la vessie; on la dirige facilement du côté de l'anus, parallèlement au périnée, et alors on peut soulever ou tendre le fond de la vulve, et reconnaître que la membrane qui en réunit les deux lèvres est épaisse à peu près deux fois comme la peau, et dense comme elle. La sonde étant portée un peu en arrière et dirigée en haut à la profondeur de huit à dix centimètres, on rencontre un obstacle sensible à son contact : cette sonde n'amène point d'urine; elle ne paraît pas être dans l'urètre, mais bien plutôt dans le vagin; on la sent à travers

une cloison tout-à-fait semblable à la cloison *recto-vaginale*. A l'endroit où elle s'arrête, on reconnaît avec le doigt, à travers les parois du rectum, un corps qui paraît être le *corps de l'utérus*. Nulle part on ne découvre de testicules. *Marie* est réglée depuis l'âge de huit ans ; le sang sort à demi coagulé par l'ouverture que nous avons dit exister à la racine du clitoris ; si l'on sonde à cette époque, on retire l'instrument rempli de sang. Persuadée qu'elle est femme, dit Béclard, cette fille éprouve du penchant pour le sexe masculin ; et ne paraît pas éloignée de se soumettre à une légère opération, nécessaire pour ouvrir le vagin. Il paraît, en effet, que ce canal existe, et qu'il suffirait, pour le rendre accessible, de pratiquer une incision entre les lèvres de la vulve, depuis l'ouverture placée à la base du clitoris, jusqu'à la commissure postérieure. L'urètre se prolonge sous le clitoris, disposition qui le rapproche du pénis, et qui est fort rare. Il paraît que parmi les ouvertures dont l'urètre est criblé, il y en a une ou plusieurs situées plus profondément que la vulve ; et que, par cette disposition, une partie de l'urine est versée à l'entrée du vagin, et sort ensuite par l'ouverture de la membrane qui le ferme. Il paraît aussi que le sang menstruel vient par le vagin : peut-être, à son passage sous le clitoris, une partie de ce liquide entre-t-elle dans l'urètre, par des ouvertures postérieures et cachées du canal, pour ressortir par ses ouvertures apparentes. (Bulletin de la Société de la Faculté de médecine de Paris, année 1815.)

G. Dans certains cas d'extroversion de la vessie, l'utérus est déplacé, son col sort par l'orifice du vagin, et

fait à l'extérieur une saillie plus ou moins considérable qui pourrait faire naître des doutes sur le véritable sexe de la personne. Ce déplacement de l'utérus peut arriver surtout à la suite d'un effort, chez les filles d'un âge adulte, comme l'a remarqué M. *Chaussier*. *Lobenwein* rapporte que dans un cas d'extroversion de la vessie, une portion d'intestin grêle, longue de deux pouces environ, sortait de la cavité pelvienne par dessus le pubis, et simulait le pénis. (Mémoires de l'Académie de Saint-Pétersbourg, année 1818. *De monstrosâ genitalium deformitate*, pag. 342.) Ce vice de conformation, que l'on peut observer aussi bien chez l'homme que chez la femme, est également propre à induire en erreur sur la véritable nature du sexe.

H. Le prolapsus de l'utérus, congénial ou acquis, donne quelquefois aux organes génitaux de la femme l'apparence des parties génitales de l'homme. Qui ne connaît pas l'histoire de *Marguerite Malaure*, consignée dans l'Encyclopédie méthodique? Cette femme, que l'on croyait réunir les deux sexes, avait une descente de matrice dont elle fut parfaitement guérie par Saviard, qui en opéra la réduction. On lit encore dans le Mémoire déjà cité de Home, qu'une femme atteinte de la même maladie offrait, à la sortie de l'orifice vaginal externe, un corps long de plusieurs pouces, qui n'était autre chose que le col de l'utérus très-étroit, et dont la surface, par suite de l'action de l'air, avait perdu sa couleur naturelle, et avait contracté celle des tégumens du pénis.

I. *Vices de conformation dans lesquels les individus réunissent plusieurs des organes génitaux appartenant*

aux deux sexes. Il n'a été question jusqu'à présent que des individus chez lesquels un examen superficiel pourrait bien faire croire à l'existence de quelques-uns des organes génitaux de la femme chez l'homme, et *vice versâ*, mais qui, dans la réalité, ne présentent point une pareille réunion. Il n'en est pas de même ici; on voit effectivement chez les monstres dont nous allons parler quelques-unes des parties génitales appartenant aux deux sexes; mais aucun d'eux, jusqu'à ce jour, n'a offert l'exemple d'une double organisation *assez parfaite pour qu'il lui fût permis de féconder et d'être fécondé.* Les deux observations suivantes, qui sont les plus célèbres de ce genre, mettront cette vérité hors de doute.

1° *Hubert-Jean-Pierre*, âgé de dix-sept ans, mourut le 23 octobre 1767. Il y avait à la symphyse du pubis un corps oblong d'environ quatre pouces, composé de deux corps caverneux, se terminant par un gland *imperforé* que recouvrait un prépuce; l'urètre était remplacé par une espèce de ligament qui s'étendait jusqu'au méat urinaire. Au-dessous se trouvait une grande fente formée par deux replis de la peau, représentant assez bien les grandes lèvres de la *vulve;* la gauche de ces lèvres renfermait un véritable *testicule* auquel s'étendait le *cordon* des vaisseaux spermatiques, et d'où partait un *canal déférent* qui, passant par l'anneau, allait gagner une *vésicule séminale:* celle-ci était remplie de *sperme*, que l'on faisait sortir aisément par le conduit qui s'ouvrait par le *verumontanum.* La lèvre droite de cette espèce de vulve contenait en partie une poche renfermant une verrée d'un liquide assez limpide, et un corps ayant la figure et la couleur d'un marron un peu ar-

rondi, qui était une *matrice* imparfaite, n'ayant aucune communication avec les parties extérieures : le grand diamètre de cette matrice était d'environ un pouce et demi, et son petit d'un pouce; on voyait à sa partie supérieure, du côté droit, une véritable *trompe de Fallope*, qui, par son pavillon et par son morceau frangé, embrassait un *ovaire* bien conformé. En écartant les deux lèvres dont nous avons parlé, on remarquait deux petites crêtes spongieuses, rouges et saillantes, que l'on aurait pu prendre pour les *nymphes*, mais qui parurent être les débris d'un *urètre* ouvert dans toute sa longueur. Entre ses crêtes, et à leur partie supérieure, s'ouvrait l'*urètre* comme dans les femmes, et il y avait au-dessous une ouverture très-étroite, rétrécie encore davantage par une membrane semi-lunaire semblable à l'*hymen*. Une petite excroissance, placée latéralement et supérieurement, et qui avait la figure d'une *caroncule myrtiforme*, contribuait encore à donner à cette ouverture l'apparence de l'ouverture d'un *vagin :* en incisant cette membrane on voyait que ce prétendu vagin était un canal borgne, une sorte de sac membraneux à surface *lisse*, ayant plus d'un pouce de profondeur sur un demi-pouce de diamètre, et placé entre le rectum et la vessie. *Maret*, à qui nous devons une belle description de cet individu, termine ainsi ses observations : « Une semence prolifique se préparait en vain dans un testicule, puisque l'imperforation de la verge, et l'endroit d'où cette liqueur pouvait s'échapper, s'opposaient sensiblement à ce qu'elle pût jamais être d'aucun usage pour perpétuer l'espèce humaine. Une trompe embrassait en vain un ovaire bien conformé, puisque la matrice à

laquelle cette trompe aboutissait était borgne et n'avait aucune communication extérieure. En un mot, *Jean-Pierre*, qui était femme de la ceinture en haut, homme de la ceinture en bas, et qui, dans le point central, était femme à droite et homme à gauche, n'était cependant, dans le fait, ni l'un ni l'autre; et son état, qui augmente le nombre de cette espèce de monstres, rend l'existence des hermaphrodites parfaits bien peu vraisemblable. » (Mémoires de l'Académie de Dijon, tome II.)

2° Un individu, âgé de vingt-huit ans, d'une taille svelte, dont les traits étaient mâles et le teint brun, le larynx, la voix et les manières semblables à ceux d'une femme, et qui avait un peu de barbe, présentait au rapport du docteur Handy, l'ensemble le plus parfait qui ait été observé jusqu'ici, des organes génitaux des deux sexes. Examiné à Lisbonne en avril 1807, on put se convaincre que le pubis, les testicules et le scrotum offraient la situation, le volume et la forme qu'ils présentent chez l'homme adulte; il avait un pénis érectile, dont le gland était recouvert en entier d'un prépuce également érectile, et percé d'un canal jusqu'au *tiers de sa longueur*. Les organes du sexe féminin étaient semblables à ceux d'une *femme bien conformée*, excepté que les grandes lèvres étaient plus petites et plus rapprochées de l'urètre; le poil qui les revêtait était peu abondant; les cuisses étaient moins grosses que chez les autres femmes, les os iliaques très-petits et peu éloignés l'un de l'autre; la menstruation avait lieu tous les mois. Pendant le coït le pénis entrait en érection. La *grossesse* a eu lieu deux fois, et s'est terminée pré-

maturément au troisième et au cinquième mois. (*Médical repository*, n° 45.) Il est évident que cet individu appartient au sexe féminin puisqu'il en a toutes les parties sexuelles, qu'il est réglé, qu'il a été fécondé, et que d'ailleurs la verge, dont le canal de l'urètre est imparfait, ne peut remplir aucune fonction.

Après avoir fait connaître les diverses dispositions anatomiques que peuvent affecter les organes génitaux, nous devons nous occuper de la solution des questions que le magistrat peut adresser au médecin.

1° *Comment lorsqu'il s'agit de constater l'état civil d'une personne, parviendra-t-on à connaître le sexe auquel elle appartient?* Il est difficile d'admettre que les vices de conformation rangés sous les titres A, B, C, D, E, F, G et H (*voyez* pages 160 et suivantes) puissent donner lieu à de grandes difficultés, lorsqu'on les examine attentivement; il n'en est pas de même de ceux dont nous avons parlé en dernier lieu (I). Voici quelques considérations judicieuses qui nous paraissent devoir servir de guide au médecin que des problèmes de cette nature mettraient dans l'embarras; nous les avons puisées dans l'article *Hermaphrodisme* du Dictionnaire des sciences médicales, si bien traité par notre savant confrère M. Marc. 1° L'examen extérieur des parties de la génération ne saurait être entrepris avec trop de soin et d'exactitude; on devra autant que possible, et sans blesser ni sans exciter une vive douleur, sonder les ouvertures qui s'y présentent, afin de connaître leur étendue et leur direction. 2° L'inspection de toute la surface du corps n'est pas moins essentielle, afin de pouvoir déterminer la prédominance des caractères

constitutionnels de l'un et de l'autre sexe. 3° A cet effet, on devra également observer long-temps, et à plusieurs reprises, les goûts, les propensions des individus dont il s'agira de constater le sexe : dans l'application des résultats qui découleront de cette observation, on devra surtout s'attacher à ne pas confondre les habitudes résultantes de la position sociale des individus avec les propensions innées, ou qui dépendent de la constitution organique. 4° Une circonstance bien importante dans les cas équivoques, c'est de s'assurer s'il s'établit, par une ouverture quelconque des parties sexuelles, une excrétion sanguine périodique, attendu qu'elle seule est déjà presque suffisante pour prouver qu'il y a prédominance du sexe féminin. 5° Rien ne conduit plus aisément à des erreurs que de prétendre dans tous les cas déterminer, *peu de temps après la naissance*, le sexe d'enfans dont les parties génitales ne sont pas régulières. Lorsque la conformation de l'individu laisse le moindre doute sur le véritable sexe, il est convenable d'en avertir l'autorité, et d'employer s'il le faut des années à observer le développement progressif du physique comme du moral, plutôt que de hasarder sur le sexe un jugement que des phénomènes subséquens pourraient tôt ou tard renverser. 6° On ne devra tirer parti qu'avec une certaine réserve des déclarations de l'individu, ou des personnes qui ont des liaisons directes avec lui; on examinera surtout si ces déclarations sont de nature à être fondées sur un motif d'intérêt.

Qu'il nous soit permis, en terminant ces considérations, de faire sentir encore combien il importe d'y

avoir égard. La détermination du sexe a été quelquefois tellement difficile, que des médecins également habiles ont émis des opinions contraires, en déclarant, les uns que l'individu soumis à leur examen appartenait au sexe masculin, tandis que les autres le regardaient comme faisant partie du sexe féminin. L'exemple suivant en est une preuve certaine : *Marie Derrier*, âgée de vingt-trois ans, offre une sorte de pénis imperforé, près de la racine duquel se trouve un frein qui se termine, en descendant de chaque côté et jusqu'au périnée, en deux replis de la peau flasques et ridés. On ne voit ni nymphes, ni traces de vagin, ni testicules, ni barbe, ni gorge; l'urine sort par une ouverture particulière; la voix est faible et efféminée, la structure petite et débile. Hufeland et Mursinna déclarent qu'elle est fille; Stark et Martens, au contraire, la rangent parmi les garçons. Metzger, à qui nous avons emprunté ce fait, dit que *Derrier* n'est ni homme ni femme. (*Gerichtl Med.*, *abh.* 1, page 177.) Nous pensons que cet individu doit être assimilé à ceux dont nous avons parlé à la page 163, D.

2° *Les individus atteints de ces vices de conformation doivent-ils être déclarés impuissans?* En faisant consister l'impuissance dans l'impossibilité physique d'exercer le coït, il est évident que quelques-uns de ces monstres sont impuissans : tels sont 1° ceux dont nous avons déjà fait mention à l'article *Impuissance*, auquel nous renvoyons (*voyez* page 142. *Imperfection de la verge*, *hypospades* et *épispades*); 2° ceux qui, réunissant plusieurs des organes génitaux des deux sexes, ne présentent pourtant pas l'ensemble parfait des parties

sexuelles de l'homme ou de la femme. *Jean-Pierre Hubert*, si bien décrit par Maret, était dans ce cas. (*Voyez* page 168.) Tous ceux dont les organes génitaux sont conformés de manière à ce que le coït puisse s'exercer doivent être déclarés *puissans* : peu importe, en effet, qu'un individu doué de toutes les parties nécessaires pour que la copulation ait lieu, offre en outre quelques-uns des organes génitaux de l'autre sexe, ou des parties qui les simulent : aussi nous nous garderions bien d'accuser d'impuissance la femme dont nous devons la description au docteur Handy, chez laquelle les organes du sexe féminin étaient parfaitement bien conformés. (*Voyez* page 170.)

Il est inutile de faire sentir que la possibilité d'exercer le coït, que nous accordons à quelques-uns de ces individus monstrueux, n'entraîne pas *nécessairement* la faculté de féconder ou d'être fécondé. Ici, comme pour les personnes les mieux conformées, plusieurs causes physiques, inaccessibles à nos sens, peuvent s'opposer à ce que le coït soit fécond. Nous ne reviendrons pas non plus sur ce qui a été dit au sujet de l'impuissance *relative*, qui s'applique aussi bien à ces personnes qu'aux autres.

Des maladies que l'on a considérées à tort comme des motifs de nullité de mariage.

En parlant de l'*erreur sur la personne*, nous n'avons fait mention que de l'impuissance et des vices de conformation des organes génitaux qui donnent à un individu l'apparence d'un sexe dont il ne fait point partie.

M. Fodéré pense « qu'il faut y joindre le cas d'un individu portant le germe de maladies hideuses propres à faire passer une vie pleine de calamités, au lieu de ce surcroît de bonheur que l'on croyait trouver. » (Méd. légale, tome I, page 354.) Voici les maladies qu'il indique comme pouvant entraîner la nullité du mariage : l'épilepsie, la manie, l'ozène et autres puanteurs, la syphilis, les indurations, le *cancer* et les ulcères de l'utérus, les pertes utérines considérables, en rouge ou en blanc, les polypes de la matrice et du vagin. (Art. *Mariage* du Dictionnaire des sciences médicales.) Le même professeur ajoute ailleurs : « L'intérêt des époux, comme celui des mœurs, exigent qu'on demande la nullité du mariage aussitôt qu'on a reconnu l'*erreur*, quel que soit le temps écoulé depuis sa célébration, puisqu'en parlant des six mois la loi ne dit pas *depuis le mariage*, mais *depuis que l'époux a reconnu l'erreur*. » (Méd. légale, tome I, page 355.)

Cette opinion est inadmissible; en l'adoptant on serait conduit à ce résultat véritablement fâcheux, qu'un mari pourrait demander la nullité d'un mariage contracté depuis dix, quinze ou vingt ans, parce que la femme présenterait alors des symptômes d'une de ces maladies, le *cancer* de la matrice, par exemple, dont elle portait le germe depuis long-temps. Nous pensons même que M. Fodéré modifiera sa manière de voir à cet égard, car nous trouvons déjà à la page 388 du même volume une assertion contraire à celle qu'il a émise un peu avant. « Il est vraisemblable, dit ce professeur, qu'une femme attaquée de ces maladies (le cancer et les ulcérations de la matrice et du vagin) ne

recherche pas le mariage; que si elles survenaient après qu'il aurait eu lieu, *elles ne pourraient plus être admises comme fins de nullité !!!* »

Les maladies dont il s'agit ne constituent point ce que les jurisconsultes appellent *erreur sur la personne;* la législation actuelle ne les considère point comme des motifs d'opposition au mariage; aucune de ses dispositions ne permet de les regarder comme pouvant entraîner sa nullité, et il suffit de réfléchir un instant pour adopter cette manière de voir : plusieurs de ces affections sont guérissables, d'autres sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, mais ne s'opposent point à la procréation; tel est le *cancer* de l'utérus; enfin, il en est qui rentrent plutôt dans la classe des incommodités que dans celle des maladies, comme certaines puanteurs.

Cas de séparation de corps.

La législation actuelle n'autorise plus le divorce. Les deux premiers articles de la loi rendue le 8 mai 1816 s'expriment ainsi : 1° Le divorce est aboli; 2° toutes demandes et instances en divorce, pour causes déterminées, sont converties en demandes et instances en *séparation de corps.* » Le médecin qui voudra connaître les cas de séparation de corps où son avis pourra être requis, devra donc consulter ceux des articles de la loi sur le divorce qui le concernent. Voici ces articles.

« 1° Le mari pourra demander le divorce pour cause d'adultère de sa femme; 2° la femme pourra demander le divorce pour cause d'adultère de son mari, lorsqu'il aura

tenu sa concubine dans la maison commune; 3° les époux pourront réciproquement demander le divorce pour excès, sévices ou injures graves de l'un d'eux envers l'autre. » (Art. 229, 230 et 238 du Code civil, chapitre Ier, *Des causes du divorce.*)

Ainsi l'homme de l'art sera quelquefois tenu de décider, dans une accusation d'*adultère*, si l'enfant qui vient de naître est à terme: c'est, par exemple, lorsque le père prouve avoir été absent pendant les quatre ou cinq mois qui ont suivi l'époque présumée de la conception; car alors l'adultère est incontestable. (*Voyez* page 257.) Dans une autre circonstance il faudra constater une maladie vénérienne, non pas qu'à l'imitation de certains auteurs nous regardions l'existence de cette affection chez une femme dont le mari est sain comme une preuve *irrécusable* d'adultère (1), mais parce qu'elle a été considérée comme un *sévice* ou *injure grave* par quelques tribunaux, quoique d'autres aient émis une opinion contraire. Nous franchirions les limites que nous nous sommes tracées, en examinant si la maladie vénérienne doit être regardée comme un *sévice :* c'est

(1) En effet, la syphilis peut se propager d'un nourrisson à la mère pendant l'allaitement; un verre dans lequel aura bu une personne atteinte de la syphilis pourra communiquer la maladie à un individu qui s'en servira immédiatement après, et avant que le verre ait été posé sur une table; il en est de même d'une cuiller qui aura été portée d'une bouche à l'autre sans avoir été essuyée, et peu de temps après que la personne infectée en aura fait usage, etc.; d'ailleurs la syphilis peut être héréditaire.

aux jurisconsultes à résoudre la question ; il nous suffit de savoir que l'opinion des tribunaux pouvant varier à cet égard, il se présentera peut-être un cas où nous serons requis de donner notre avis. Attachons-nous alors à démontrer que la maladie est réellement vénérienne, et, pour y parvenir, ne négligeons aucune recherche, car le problème est souvent d'une solution difficile, et l'on prévoit l'atteinte que nous porterions à l'honneur si, d'après un examen superficiel, nous commettions une méprise : distinguons bien, à l'aide des moyens que tous les médecins doivent connaître, et qu'il serait trop long d'exposer ici, si les écoulemens et les autres affections des parties génitales, de l'œil, de l'arrière-bouche, des os, etc., sont de nature syphilitique : cherchons ensuite à décider quelle a été l'origine de l'infection, si la maladie a commencé par le mari ou par la femme, et n'oublions pas qu'elle peut être héréditaire, et que son existence ne suppose pas toujours que l'époux ait contracté une union criminelle, comme nous l'avons dit à la page précédente.

DIXIÈME LEÇON.

De la grossesse.

La grossesse est l'état d'une femme qui a conçu, limité par l'instant de la conception, qui le commence, et par celui de l'accouchement, qui le termine.

Plusieurs articles des Codes civil et pénal sont rédigés de telle sorte, que les femmes trouvent leur intérêt à simuler la grossesse dans certains cas, et à la dissimuler dans d'autres. On voit dès lors combien les avis

de l'homme de l'art doivent être indispensables pour éclairer le magistrat.

Les dispositions législatives qui peuvent porter les femmes à simuler la grossesse, sont les suivantes : 1° « L'homme avant dix-huit ans révolus, la femme avant quinze ans révolus, ne peuvent contracter mariage. » (Code civil, art. 144. *Du mariage*). 2° « Néanmoins, il est loisible au roi d'accorder des dispenses d'âge pour des motifs graves. » (Code civil, art. 145.) Il est évident que pour obtenir une dispense d'âge, une fille qui n'a pas encore quinze ans pourra se dire enceinte. 3° « Pour succéder, il faut nécessairement exister à l'instant de l'ouverture de la succession, c'est-à-dire lors de la mort de l'époux. » (Code civil, art. 725, liv. III.) 4° « Pour être capable de recevoir entre vifs, il suffit d'être conçu au moment de la donation. Pour être capable de recevoir par testament, il suffit d'être conçu à l'époque du décès du testateur. » (Code civil, art. 906.) : ainsi il faut être conçu pour succéder : une femme qui vient de perdre son mari ne peut-elle donc pas simuler sa grossesse, pour garder les biens qu'il a laissés, et qui devraient retourner de droit à la famille du défunt ? 5° « Le mariage contracté par des époux qui n'avaient point encore l'âge requis, ou dont l'un des deux n'avait point atteint cet âge, ne peut plus être attaqué, 1° lorsqu'il s'est écoulé six mois depuis que cet époux, ou les époux, ont atteint l'âge compétent ; 2° lorsque la femme qui n'avait point cet âge a conçu avant l'échéance de six mois. » (Code civil, art. 185.) Ici la femme qui désire rester mariée pourra se déclarer enceinte. 6° « Les époux contractent ensemble, par le fait seul du mariage, l'obligation de nourrir, entretenir et élever leurs enfans. » (Code civil, art. 203.) 7° « La loi n'accorde que des alimens aux enfans adul-

térins et incestueux. » (Code civil, art. 762.) Il est donc évident que pour gagner ces alimens, une femme peut simuler la grossesse. 8° « Dans le cas où le ravisseur aurait épousé la fille qu'il a enlevée, il ne pourra être poursuivi que sur la plainte des personnes qui, d'après le Code civil, ont le droit de demander la nullité du mariage, ni *condamné qu'après que la nullité aura été prononcée.* » (Code pénal, art. 357.) Or comme, d'après l'article 185 du Code civil, déjà cité, le mariage ne peut plus être attaqué lorsqu'une fille mineure a conçu avant l'échéance de six mois, il est certain que cette fille pourra avoir le plus grand intérêt à se dire enceinte. 9° « La recherche de la paternité est interdite. Dans le cas d'enlèvement, lorsque l'époque de cet enlèvement se rapportera à celle de la *conception*, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant. » (Code civil, art. 340.) Une fille peut donc simuler la grossesse, dans le dessein de faire déclarer un individu père de l'enfant. 10° « L'action en divorce sera éteinte par la réconciliation des époux, survenue, soit depuis les faits qui auraient pu autoriser cette action, soit depuis la demande en divorce. » (Code civil, art. 272.) 11° « Si le demandeur en divorce nie qu'il y ait eu réconciliation, le défendeur en fera preuve, soit par écrit, soit par témoins, dans la forme prescrite en la première section du présent chapitre. » (Code civil, art. 274.) Quoique le divorce ait été aboli par la loi du 8 mai 1816, on sait que les dispositions des deux articles qui précèdent sont applicables à la *séparation de corps*, qui est toujours autorisée. Or, la meilleure preuve que l'on puisse donner de la réconciliation, est la grossesse, et dès lors on conçoit que la femme est intéressée à la simuler. 12° « Si une femme condamnée à mort se déclare, et s'il est vérifié qu'elle est enceinte, elle ne subira la peine qu'après sa délivrance. » (Code pé-

nal, art. 27.) Ici le motif de simulation est trop manifeste pour que nous ayons besoin de le développer.

Nous nous bornerons à rappeler une disposition importante de la loi du 23 germinal an III, abrogée, à la vérité, par la législation actuelle, mais qui nous semblerait devoir être rétablie. « A l'avenir, aucune femme prévenue d'un crime emportant peine de mort ne pourra être *mise en jugement*, qu'il n'ait été vérifié de la manière ordinaire, qu'elle n'est pas enceinte. » L'intérêt de la société réclame que l'on diffère des débats, et surtout une condamnation à la peine capitale, lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte, chez laquelle des émotions fortes peuvent déterminer l'avortement et d'autres effets fâcheux.

Voici maintenant les dispositions législatives qui peuvent engager la femme à dissimuler la grossesse. 1° Les art. 272 et 279 du Code civil déjà cités; en effet, il y est dit que l'action en divorce (séparation de corps d'après la loi actuelle) sera éteinte s'il y a eu réconciliation; or la grossesse est la meilleure preuve de la réconciliation : donc la femme qui désire se séparer a de l'intérêt à dissimuler qu'elle est enceinte. 2° « Le mari pourra demander le divorce (séparation de corps aujourd'hui) pour cause d'adultère de sa femme. » (Code civil, art. 229.) Il est donc à présumer qu'une femme soupçonnée d'adultère dissimulera sa grossesse, lorsque son mari, absent depuis longtemps, ne pourra pas être considéré comme le père de l'enfant. Un autre motif sur lequel, il est vrai, le Code garde un silence absolu, peut déterminer la célation de la grossesse; c'est lorsqu'une fille a été abusée, et qu'elle ne veut pas compromettre sa réputation : elle conserve alors l'espoir d'accoucher clandestinement, et de sauver les jours de son enfant; ou bien elle prémédite le crime de l'infanticide. Dans aucun de ces deux cas, le magistrat ne peut or-

donner la visite de la femme, si elle refuse son consentement ; mais il doit *l'engager* à se laisser visiter par l'homme de l'art, s'il la présume enceinte, et si elle est déjà soupçonnée d'avoir voulu détruire un autre de ses enfans à une époque antérieure.

Ce n'est pas seulement lorsqu'il s'agit de constater si la grossesse est simulée ou disssimulée, que le médecin est requis de donner son avis; il peut avoir encore à résoudre les questions suivantes : *Une femme est-elle d'âge à avoir pu concevoir? Une femme peut-elle ignorer constamment sa grossesse? Une femme enceinte a-t-elle des penchans tellement irrésistibles, qu'elle soit portée à commettre des actes contraires à l'ordre social?* La solution de ces diverses questions doit nous occuper maintenant.

PREMIÈRE QUESTION. — *La femme est-elle enceinte?*

Cette question, en apparence fort simple, est souvent hérissée de difficultés; en effet, le produit de la conception peut se développer dans l'utérus seul ou avec un autre corps ; cette circonstance fait déjà varier les signes de la grossesse : en supposant même que l'utérus ne contienne que le produit de la conception, il est des époques de la gestation où il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de prononcer sur l'existence de ce produit : chez certaines femmes, le développement de l'embryon se fait ailleurs que dans la cavité de l'utérus, et alors les caractères de la grossesse présentent des modifications qu'il faut connaître : il

existe enfin des maladies de l'utérus, de ses annexes et de quelques-uns des organes qui les avoisinent, dont les symptômes simulent jusqu'à un certain point les signes de la grossesse, et qu'il faut bien se garder de confondre avec ce dernier état. Il résulte de ces considérations que, pour décider si une femme est enceinte, il faut avoir présent à l'esprit tout ce qui a rapport à la *grossesse utérine*, à la *grossesse extra-utérine et aux maladies qui peuvent simuler ces états.* Examinons chacun de ces points.

§ I. *De la grossesse utérine.*

La grossesse utérine, celle dans laquelle le produit de la conception se développe dans l'utérus, est *simple* lorsqu'il n'y a qu'un embryon ou un fœtus, *composée* quand il y en a un plus grand nombre, et *compliquée* lorsqu'avec un ou plusieurs embryons, il y a dans la cavité de la matrice un polype, des débris d'un autre œuf, etc.

De la grossesse utérine simple.

Les signes de la grossesse utérine simple ont été distingués par les auteurs en *rationnels* et *sensibles;* les premiers sont pour la plupart infidèles et devraient être nommés *équivoques :* il en est parmi les autres que l'on peut regarder comme indiquant *positivement* la grossesse. Nous croyons devoir faire précéder leur exposition de quelques connaissances anatomiques sans lesquelles il serait difficile de les bien saisir.

Des changemens que l'utérus et les parties environnantes éprouvent pendant la grossesse.

Utérus. L'utérus éprouve des changemens dans sa situation, sa forme, son volume, sa texture et ses propriétés.

Situation, forme et volume. Pendant les deux premiers mois, le volume de l'utérus augmente graduellement, son corps s'arrondit et se jette en arrière, tandis que le col s'avance vers la vulve et est plus accessible au toucher : toutefois le développement dont nous parlons ne peut être constaté qu'en introduisant le doigt dans le vagin, parce qu'il n'est pas assez considérable pour que l'utérus sorte de l'excavation pelvienne (1). Ajouterons-nous qu'après l'acte fécondant, l'orifice de l'utérus se contracte et se ferme (Hippocrate); que les bords de cet orifice sont plus rénitens, et offrent une chaleur plus grande (Levret); que dans les premiers temps de la grossesse les deux lèvres de l'orifice utérin forment un plan égal, tandis qu'avant la gestation la lèvre antérieure était plus prolongée en bas; que la fente de cet orifice, qui était triangulaire, devient circulaire (Stein)? Lors même que ces changemens seraient constans, et qu'ils ne se rencontreraient pas dans d'autres circon-

(1) Ce que nous allons dire de la situation de l'utérus s'applique à une *première grossesse*, on suppose également que le fœtus est bien placé; en effet, le fond de la matrice s'élève beaucoup moins dans les grossesses subséquentes, surtout lorsque l'enfant est situé en travers.

stances, ils seraient trop difficiles à apprécier pour que nous dussions en tenir compte.

Du *deuxième* au *troisième* mois, l'utérus continue à augmenter de volume, s'élève et se porte sur la partie antérieure du bassin, en sorte que le col est déjà plus en arrière. L'axe de la matrice fait alors avec la perpendiculaire un angle d'environ 45°. A la fin du *troisième* mois, le fond de l'utérus dépasse un peu le bord du détroit abdominal. Pendant le *quatrième* mois, le fond de l'utérus arrive jusqu'à deux pouces au-dessus des pubis; son col continue à s'élever; il est incliné obliquement en arrière. Du *cinquième* au *sixième* mois, le fond de cet organe s'approche de la région ombilicale, et le col, qui a continué à s'élever et à se porter en arrière, commence à devenir plus gros et plus mou, surtout vers sa base, c'est-à-dire vers la portion qui tient au corps de l'utérus : on dirait qu'il affecte la forme d'un entonnoir dont la base est en arrière et le bec en avant : l'orifice ne s'entrouvre que quand le développement est parfait (1). A *six* mois, le fond de l'utérus correspond à peu près à l'ombilic; la mollesse et l'évasement de la partie utérine du col sont plus marqués. A *sept* mois, le fond de l'utérus se trouve élevé d'environ deux pouces au-dessus de l'ombilic; le col est encore plus mou; il est aussi moins long et assez élevé pour que le vagin soit allongé et tiré en haut. A

(1) On a remarqué que l'orifice de l'utérus s'ouvre beaucoup plus tôt dans les grossesses subséquentes, et que le museau de tanche reste plus gros dans les derniers mois.

huit mois, le fond de la matrice n'est guère éloigné de la région épigastrique; le col n'est jamais plus élevé qu'à cette époque, mais il s'aplanit et tend à s'effacer. A *neuf* mois le fond de l'utérus, loin de se placer dans l'épigastre, semble s'abaisser; d'où il suit que le col doit être plus près de la vulve; alors il est mou et tellement mince qu'il n'offre quelquefois qu'une ligne d'épaisseur. Il est évident, d'après ce qui vient d'être dit, que l'utérus est dirigé de manière à porter sur l'ombilic; indépendamment de cette obliquité, il en offre encore une autre à gauche ou à droite, mais surtout de ce dernier côté; en sorte qu'il est comme tordu sur lui-même, le côté droit étant incliné en devant.

La forme de la matrice, à la fin du neuvième mois, est à peu près ovoïde; sa grande circonférence est en haut; elle est d'environ vingt-six pouces, prise à la hauteur des trompes; la petite circonférence répond au détroit abdominal du bassin, et offre treize pouces à la hauteur de la portion utérine du col; le diamètre longitudinal est ordinairement de douze pouces; le transversal en a neuf, et l'antéro-postérieur huit et demi. Son poids varie d'une livre et demie à deux livres, tandis qu'il est d'environ quatorze gros chez les vierges, et de dix-huit chez les femmes qui sont accouchées plusieurs fois.

Texture. Le tissu de l'utérus devient plus mou, plus spongieux, et l'on voit qu'il est formé d'un grand nombre de fibres blanchâtres, cotonneuses, réunies par du tissu cellulaire, tandis qu'avant la grossesse il était inextricable. Les artères ne sont plus flexueuses; leur

calibre, ainsi que celui des veines, des vaisseaux lymphatiques et des nerfs, est beaucoup plus grand, surtout là où s'insère le placenta : c'est dans cet endroit que l'on remarque des ouvertures nombreuses, connues sous le nom de *sinus*, qui sont le résultat de la communication des artères avec les veines. L'épaisseur des parois de la matrice est plus considérable sur le point où le placenta est implanté; elle varie aussi aux différentes époques de la gestation : on a pu se convaincre que chez plusieurs femmes elle était de cinq lignes dans les trois premiers mois de la grossesse, de trois lignes dans les trois derniers mois, et de cinq à l'endroit où s'insérait le placenta; la portion voisine de l'orifice n'avait guère qu'une ligne, tandis que dans l'état de vacuité chez une fille adulte, l'épaisseur est d'environ quatre lignes. Au reste on remarque de nombreuses variétés à cet égard, et l'on sait que Hunter a vu la moitié postérieure de l'utérus d'une femme morte à une époque assez avancée de la gestation, être extrêmement mince, tandis que la paroi extérieure était fort épaisse.

Propriétés de l'utérus. Cet organe acquiert la propriété de se contracter comme la fibre musculaire, et cette faculté finit par être assez développée pour que l'utérus puisse être regardé comme la principale puissance qui détermine l'accouchement. Mais ce qu'il nous intéresse de constater, c'est que dès les premiers instans qui suivent la conception, les follicules muqueux qui garnissent l'orifice de l'utérus secrètent abondamment un mucus blanc, consistant, d'une odeur particulière, qui s'épaissit, devient plus tenace à mesure que la

grossesse avance, et bouche l'orifice de l'utérus : la consistance de ce fluide peut être telle, qu'il forme une sorte de membrane qui se détache en lambeaux ou en flocons, ou qui reste jusqu'à l'époque de l'accouchement, et alors on est obligé de la déprimer ou de la rompre pour livrer passage à la tête de l'enfant. Nous indiquerons à la page 191 le parti que l'on a cru pouvoir tirer de l'existence de ce mucus pour reconnaître si la femme avait conçu.

Les annexes de l'utérus et les parties qui l'environnent éprouvent également des changemens importans. Les *ovaires* deviennent plus volumineux et s'approchent du corps de la matrice dans une direction presque verticale; on remarque souvent sur celui qui a été fécondé une petite fongosité molle, jaune ou rougeâtre, qui finit par s'affaisser et laisser une petite cicatrice. Les *trompes* de Fallope ne conservent plus les rapports qu'elles avaient avec l'utérus; elles correspondent, vers la fin de la gestation, au point d'union du tiers supérieur de la matrice avec le tiers moyen; leur direction est presque verticale, et elles se sont évidemment rapprochées de l'utérus. Le *ligament rond* (cordon suspubien) est devenu fibreux comme la matrice; celui du côté droit est en général plus gros, plus court et plus fort que l'autre. Les replis du péritoine, qui forment les *ligamens larges*, s'effacent progressivement à mesure que l'utérus se dilate. Les *vaisseaux* du vagin, des trompes, des ovaires, de la vulve, etc., sont beaucoup plus volumineux, et deviennent quelquefois variqueux.

Les *muscles droits de l'abdomen* (sterno-pubiens), ainsi que la *ligne blanche*, sont distendus, élargis et

amincis par suite de la pression que l'utérus exerce sur eux en se portant en avant; et comme cette compression a lieu pendant plus long-temps sur la région ombilicale que sur les autres, c'est là que l'on en observe plus particulièrement les résultats : dans cet endroit la ligne blanche présente, vers la fin de la gestation, un élargissement ovale ou rhomboïde de deux à trois pouces de large, et les parois du ventre qui y correspondent ont à peine trois lignes d'épaisseur. Les *viscères de l'abdomen* éprouvent aussi quelques changemens dans leur situation : comme dans le plus grand nombre de cas l'utérus est déjeté à droite, les intestins grêles sont refoulés à gauche; l'épiploon se place *le plus ordinairement* derrière la matrice; le foie, la rate, l'estomac et le diaphragme sont poussés vers le haut, ce qui, dans certaines circonstances, détermine un léger déplacement des organes contenus dans le thorax, et même un changement de direction du contour cartilagineux des côtes.

Les *symphyses du bassin* sont évidemment relâchées et légèrement mobiles vers la fin de la grossesse : le relâchement est plus grand à la symphyse des pubis qu'aux symphyses sacro-iliaques, et il est souvent plus apparent à la symphyse sacro-iliaque du côté gauche qu'à celle du côté droit. M. Chaussier, à qui nous devons ces observations, a vu chez des femmes dont l'accouchement avait été prompt et facile, la symphyse du pubis écartée depuis deux jusqu'à douze lignes, et même plus.

Des signes de la grossesse utérine simple.

Cet article ayant pour objet de mettre le médecin à même de décider si une femme est enceinte, quelle que soit l'époque de la grossesse, et les moyens propres à résoudre cette question n'étant pas les mêmes pour toutes les époques, il convient d'établir différentes périodes. Cette marche nous paraît plus conforme au but que nous nous proposons, que celle qui a été suivie par les auteurs qui ont examiné séparément les signes *équivoques* et les signes *sensibles*.

Depuis le moment de la conception jusqu'à la fin du deuxième mois. Parmi les caractères établis par les médecins, pour résoudre la question pendant l'époque dont il s'agit, il en est une foule dont la simple énumération fera sentir la nullité. *La plupart des femmes éprouvent des sensations extraordinaires au moment de la conception; il survient un ébranlement, un frémissement involontaire et universel mêlé de volupté, auquel succède un état de langueur du corps et de l'esprit.* (Hippocrate.)—*Il y a un mouvement de resserrement au moment de la conception.* (Galien.)—*La femme a conçu si elle ne sent rien couler par le vagin, et si le membre viril sort plus sec que de coutume.* (Aristote.)—*Peu de jours après l'imprégnation on sent un mouvement le long des trompes utérines, et de légères coliques vers la région hypogastrique.—Le col se gonfle.* (Démocrite.) —*Le pouls est plus fort, plus vif, plus développé.* (Galien et Savonarola.) — *Il y a des palpitations, des*

syncopes, des hémorrhagies du nez et de la bouche, de la toux, des hoquets, des bâillemens, de l'oppression, des changemens dans la voix, de la soif, de la diarrhée, de la constipation. La peau change de couleur; le visage se couvre de taches de rousseur. Les papilles et l'auréole des seins brunissent. — L'urine, claire, citrine, blanchâtre, présente un nuage et un énéorème. — Les yeux sont caves, languissans, ternes, et bordés d'un cercle bleuâtre. — Le caractère de la femme change; ses facultés intellectuelles ont moins d'activité, on observe parfois des névroses des organes des sens. Il y a des crampes, de l'engourdissement dans les membres, etc. !!!

Quel parti pourra-t-on tirer du caractère donné par M. Chambon, et qui consiste à constater, à l'aide d'un instrument en forme de cure-oreille, si les follicules muqueux de l'orifice de l'utérus ont sécrété le mucus épais dont nous avons parlé à la page 188? N'est-il pas évident que ce moyen est insuffisant, et qu'il peut être souvent dangereux d'y avoir recours?

Les signes *équivoques* propres à faire *présumer* la grossesse pendant la période dont il s'agit sont: 1° la *suppression de la menstruation*. Chez la plupart des femmes réglées et bien portantes, l'écoulement menstruel est supprimé dès qu'il y a eu conception: ce phénomène est tellement général, que dans les circonstances ordinaires de la vie, les femmes mariées se croient enceintes aussitôt qu'il s'est manifesté, et *vicê versâ*. Mais il est aisé de prouver qu'il ne suffit pas en médecine légale: d'une part, il existe des femmes qui conçoivent avant d'être réglées; il en est chez lesquelles cet écoulement a lieu malgré la grossesse; on

en a même vu qui n'avaient leurs règles que lorsqu'elles étaient enceintes; d'une autre part les menstrues peuvent être supprimées par une foule de causes sans qu'il y ait grossesse, et cette suppression détermine souvent les autres signes équivoques de la grossesse dont il nous reste à parler. On a cru pouvoir distinguer si la cessation des menstrues dépendait de la conception ou d'une autre cause, en ce que, dans le premier cas, la femme se trouvait d'autant mieux qu'elle s'éloignait davantage de l'époque où l'écoulement avait cessé, tandis que les accidens allaient toujours en augmentant lorsque la suppression était la suite d'une autre cause. Nul doute que les choses ne se passent ainsi dans beaucoup de circonstances; mais il n'est pas rare de voir des femmes grosses beaucoup plus incommodées que d'autres qui ne sont pas dans cet état, et chez lesquelles il y a suppression de la menstruation.
2° Le *développement des mamelles*, *l'augmentation de leur sensibilité*, *le gonflement de leurs veines*. Ces phénomènes s'observent souvent; mais comme ils peuvent manquer, surtout chez les femmes faibles et chez celles qui continuent d'être réglées pendant la grossesse, et que d'une autre part ils existent souvent lorsque la menstruation est supprimée par toute autre cause que par la conception, ils sont loin de pouvoir être regardés comme ayant une grande valeur. On doit encore attacher beaucoup moins d'importance à la présence d'une humeur laiteuse qui s'échapperait par le mamelon; car non-seulement ce phénomène se manifeste rarement pendant la période dont nous parlons, mais il peut exister chez les femmes atteintes de certaines maladies

de matrice, chez celles dont le mamelon est souvent chatouillé, et même chez certains hommes. 3° Les *nausées*, les *vomissemens*, l'*anorexie*, les *appétits dépravés et insatiables*, la *salivation*, la *céphalalgie* et les *maux de dents*. Sans doute que beaucoup de femmes grosses éprouvent quelques-uns de ces accidens dans la première période de la gestation; mais ils peuvent tenir à d'autres causes, ou ne pas se manifester du tout. Nous en dirons autant de la *décomposition des traits de la face*.

Pendant le troisième mois. Admettrons-nous avec Stein qu'au troisième mois de la grossesse la paroi antérieure du segment inférieur de la matrice forme une tumeur molle, hémisphérique, que l'on peut reconnaître en introduisant le doigt jusqu'au fond du vagin, et qui est un indice certain de la grossesse? Ce caractère est loin d'être constant, et lorsqu'il existe il n'est souvent pas facile à apprécier par les hommes qui ne sont pas très-exercés au toucher; d'ailleurs il peut tenir à une autre cause que la grossesse. Nous n'accorderons pas non plus une grande valeur au signe suivant, indiqué par quelques auteurs: « la femme étant couchée sur le dos, les muscles abdominaux dans le relâchement, une main portée sur cette région, et le doigt indicateur de l'autre main dirigé dans le vagin, on s'assure que le corps arrondi qui s'offre sous la main de l'accoucheur est la matrice. Supposons, en effet, que l'on parvienne par ce moyen à saisir la matrice, on pourra conclure que son volume est augmenté, mais on ne prouvera point que le développement qu'il présente ne tient pas à un état morbide; il est évident d'après cela que l'on

aurait tort d'attacher une grande importance à la saillie que fait la région hypogastrique à la fin du troisième mois de la gestation, et qui dépend de ce que l'utérus remplissant l'excavation pelvienne, les instestins se trouvent refoulés vers l'abdomen. Chez certaines personnes nerveuses, on observe dès la fin de ce mois des mouvemens actifs, semblables à ceux que le fœtus exécute ordinairement plus tard.

Pendant le quatrième mois. La situation de la matrice est telle à cette époque (*Voyez* pag. 185), que si les parois de l'abdomen ne sont pas trop épaisses ou trop tendues, on peut reconnaître sa forme et son volume en appliquant la main sur l'abdomen. L'expansion du ventre est encore trop peu marquée pour qu'on puisse en tenir compte; la valeur de ce signe sera examinée plus loin. Chez la plupart des femmes le fœtus exerce des mouvemens que l'on a appelés *actifs :* c'est particulièrement vers la fin du quatrième mois, lorsque les organes de la locomotion jouissent déjà d'une certaine énergie, que ces mouvemens sont sensibles; ils deviennent quelquefois si forts par la suite qu'on les aperçoit même à travers les vêtemens, et que la femme en est réveillée pendant la nuit : l'homme de l'art parvient souvent à les provoquer en appliquant sur les parois du ventre la main préalablement trempée dans l'eau froide. Ce signe qui paraîtrait au premier abord devoir permettre d'affirmer que la femme est ou n'est pas enceinte, présente pourtant beaucoup d'incertitude; non-seulement il y a des femmes qui n'ont senti de pareils mouvemens à aucune époque de la grossesse, mais il en est beaucoup d'autres chez lesquelles des

contractions spasmodiques de l'utérus et des intestins simulaient tellement les mouvemens du fœtus qu'elles se disaient enceintes. M. Dubois, que l'on n'accusera certainement pas d'observer légèrement, rapporte qu'ayant appliqué la main sur l'abdomen d'une femme qui se croyait au cinquième mois de sa grossesse, il sentit ces mouvemens spasmodiques, qu'il prit pour ceux de l'enfant.

S'il est vrai que pendant cette époque la cessation des règles continue le plus souvent, il n'est pas rare de ne plus observer les *nausées*, les *vomissemens*, les *appétits dépravés*, etc. Quant au gonflement des mamelles il est plus considérable, et la sécrétion laiteuse plus abondante que dans les deux premiers mois. Il est inutile de faire mention du *ballottement*, parce qu'on ne l'aperçoit guère avant le cinquième mois.

Pendant le cinquième mois. L'expansion de l'abdomen est un peu plus marquée, parce que le fond de l'utérus approche déjà de la région ombilicale; l'élévation du ventre vers le nombril contraste alors avec une sorte de vide qui a lieu du côté des lombes. Mais à aucune époque ce signe ne peut être donné comme ayant une certaine valeur; en effet l'imperforation de l'hymen, la suppression de la menstruation, l'hydropisie, la tympanite, l'hystérie, certaines affections spasmodiques, etc., peuvent distendre l'abdomen autant qu'il l'est dans la grossesse; ne voit-on pas d'ailleurs des femmes dont le ventre se tuméfie considérablement à l'époque critique par cela seul qu'elles cessent tout à coup d'être réglées, et qui éprouvent en même

temps des nausées, des vomissemens, etc.? D'une autre part combien n'est-il pas facile aux femmes de dissimuler le développement de l'abdomen à l'aide d'une compression soutenue, d'une disposition particulière des vêtemens ou d'une démarche étudiée.

Indépendamment des mouvemens actifs du fœtus, qui sont encore plus prononcés qu'au quatrième mois, on peut déterminer à cette époque des mouvemens passifs ou de *ballottement;* c'est à eux qu'il faut rapporter la sensation qu'éprouve la mère en se remuant, d'un corps étranger qui tombe sur la partie la plus déclive de l'utérus. La femme étant debout, et la main gauche de l'accoucheur appliquée immédiatement sur les parois de l'abdomen afin de saisir la matrice, si l'on introduit le doigt indicateur de l'autre main jusqu'au fond du vagin, et qu'on cherche à soulever l'utérus en frappant sur l'extrémité vaginale du col de ce viscère, il est évident que le fœtus qui nage librement dans l'eau de l'amnios sera soulevé, montera jusqu'à la partie supérieure de la matrice, puis tombera à raison de son poids, et viendra frapper le doigt indicateur toujours placé à l'extrémité du col de la matrice, comme le ferait une substance solide quelconque contenue dans une cavité remplie de liquide; il faut bien prendre garde de ne point confondre avec le *ballottement* le mouvement de totalité de l'utérus. Le mouvement passif dont il s'agit peut ne pas être sensible au cinquième mois, tandis qu'il le sera plus tard; dans d'autres circonstances le médecin est dans l'impossibilité de le constater à aucune époque de la grossesse, ce qui peut tenir à ce qu'il n'est pas exercé au toucher, à

la faiblesse ou à une maladie du fœtus, ou à d'autres causes.

Comme pendant l'époque précédente, la femme continue en général à ne pas être réglée et à ne plus avoir autant de disposition aux nausées, aux vomissemens, etc. Le gonflement des seins et la sécrétion du lait sont plus marqués.

Pendant le sixième mois. De quel secours peuvent être les signes suivans, donnés par quelques auteurs : le pouls est petit, faible et tardif, il est souvent gastrique; le sang est plus couenneux; l'urine est plus rouge que pendant les six premiers mois, et sa couleur tend à devenir de plus en plus foncée?

C'est ici le moment de rapporter les observations curieuses faites par le docteur Kergaradec sur les *battemens du cœur* du fœtus, et sur d'autres pulsations qu'il a appelées *placentaires*. Lorsqu'on applique l'oreille sur l'abdomen d'une femme enceinte de six mois, revêtue de ses vêtemens, ou lorsqu'on explore cette partie du corps à l'aide du stéthoscope, on entend dans l'espace situé entre l'ombilic et l'arcade crurale, un bruit semblable à celui que produirait une montre placée très-près de l'oreille; c'est *le plus souvent* du côté opposé à celui vers lequel les extrémités inférieures du fœtus se dirigent plus spécialement que ce bruit se fait entendre; il est le résultat des contractions du cœur du fœtus, dont les *pulsations doubles*, au nombre de cent vingt à cent soixante environ par minute, reviennent à des temps réguliers, et ne sont point isochrones au pouls de la mère. La fréquence de ces battemens ne permet point de les confondre avec ceux que l'on sent

quelquefois à la partie inférieure droite ou gauche de l'abdomen des femmes grosses.

Sur une autre partie de l'abdomen que nous ne désignerons point, parce qu'elle peut varier beaucoup, on entend des pulsations *simples* régulières, parfaitement isochrones au pouls de la mère, et dont le bruit est analogue au *souffle* que l'on observe dans certaines maladies du cœur ou des gros vaisseaux. Ces pulsations, que l'on sent déjà *quelquefois* au-dessus des pubis, *à la fin du troisième mois de la grossesse* ont été nommées *placentaires*, parce qu'elles paraissent avoir du rapport avec le point d'insertion du placenta dans la matrice; elles semblent être le résultat du battement des artères dont le calibre est augmenté.

Il est souvent difficile de discerner les battemens dont nous parlons au moment où l'exploration commence; les borborygmes produits par la circulation des gaz dans les intestins masquent tous les autres bruits; il est donc important de laisser séjourner l'oreille pendant quelque temps sur les points où il est ordinaire d'entendre ces battemens. On conçoit également qu'il ne serait pas aisé de sentir les pulsations placentaires, si le placenta était inséré à la paroi postérieure de la matrice, et que le fœtus eût le dos immédiatement en contact avec lui.

Voici les conséquences que l'on peut déduire de l'application de l'auscultation, relativement à la question qui nous occupe. 1° La femme est enceinte si l'on est parvenu à entendre les doubles battemens du cœur du fœtus; 2° à plus forte raison on affirmera que la grossesse existe, si indépendamment de ces battemens,

on a senti ceux que nous avons appelés placentaires; 3° l'absence des pulsations doubles du cœur du fœtus ne suffit point pour conclure que la femme n'est pas enceinte; en effet le fœtus pourrait être mort ou très-faible, ou tellement situé qu'il fût impossible de saisir ces battemens; 4° la suspension des doubles pulsations du cœur après qu'on les avait entendues, est un phénomène assez commun; il faut alors explorer la femme à plusieurs reprises; 5° les *battemens placentaires avec souffle*, considérés isolément, peuvent tout au plus faire *présumer* la grossesse; en effet rien ne prouve qu'on ne puisse entendre de pareils battemens chez une femme qui n'est pas enceinte, et dont la matrice contiendrait une production accidentelle avec un développement considérable des *vaisseaux utérins*.

On lit dans le cahier de mai 1824, du Journal général de Médecine, l'histoire d'une femme âgée de trente-six ans, que les plus habiles médecins de Paris avaient cru, à tort, atteinte d'un squirrhe de l'ovaire droit, et chez laquelle M. Lenormand reconnut, à l'aide du stéthoscope, une grossesse de sept mois; en effet, il lui fut permis d'entendre les battemens du cœur du fœtus, et les battemens placentaires avec souffle; l'accouchement eut lieu dans le courant du neuvième mois.

La tuméfaction des mamelles et du ventre est plus marquée au sixième mois; en général la femme continue à ne plus être réglée; elle a moins de dispositions aux nausées et aux vomissemens. Quant à la saillie que peut faire alors le nombril, elle reconnaît quelquefois toute autre cause que la grossesse.

Pendant les trois derniers mois. Au *septième mois*, si

l'on introduit le doigt dans le vagin, on peut distinguer la tête du fœtus au détroit supérieur, à travers l'épaisseur des parois de la matrice. Les mouvemens actifs du fœtus sont quelquefois tellement forts à cette époque, que l'on avait cru pendant long-temps que l'enfant faisait la culbute. La démarche est gênée, les envies d'uriner fréquentes, et chez certaines femmes les membres abdominaux sont déjà œdématiés. Au *huitième mois*, la tête de l'enfant est plus grosse, plus solide, et paraît plus basse; le doigt introduit dans le vagin sent manifestement les membranes, si l'orifice de l'utérus est ouvert; l'estomac et le diaphragme sont refoulés en haut par suite de la plus grande élévation du fond de l'utérus; aussi la respiration est plus difficile, et assez souvent la femme éprouve de nouveau des dégoûts, des nausées, des vomissemens. Au *neuvième mois*, la partie inférieure de l'utérus, entraînée par le fœtus, plonge dans l'excavation du petit bassin. Il n'est pas rare, à cette époque, de voir l'orifice de la matrice assez ouvert pour que le doigt introduit dans le vagin puisse atteindre les membranes qui enveloppent le fœtus. La compression exercée par l'utérus sur la vessie, le rectum, les nerfs sacrés, etc., rend raison des envies fréquentes d'uriner, des ténesmes, des hémorrhoïdes, des varices, des douleurs dans les jambes, et de l'engourdissement que la femme éprouve.

Nous ne rappellerons pas les changemens considérables et importans qui surviennent pendant ces trois mois dans la situation de la matrice, et dans la structure du col. (*Voy.* page 185.) Dans le plus grand nombre des cas, la femme continue à ne pas être ré-

glée ; il arrive cependant, lorsque le placenta est inséré sur l'orifice de l'utérus (ce qui est fort rare), que vers la fin du sixième mois, ou au commencement du septième, époque à laquelle la portion utérine de cet orifice s'élargit, il y a un écoulement sanguin, même chez les personnes dont la menstruation avait été supprimée jusqu'alors. Le *gonflement des mamelles* et l'expansion du ventre sont en général plus considérables pendant cette époque qu'à aucune autre; toutefois l'abdomen change de forme au commencement du neuvième mois, lorsque l'utérus paraît s'abaisser.

De la grossesse utérine composée.

L'objet de cet article n'est point de rechercher combien il y a de fœtus dans l'utérus ; la solution de cette question n'intéresse en aucune manière la médecine légale ; ce qu'il importe d'établir, c'est que dans le cas de grossesse composée, plusieurs des caractères indiqués dans l'histoire de la grossesse utérine simple subissent des modifications qui seraient propres à jeter de l'incertitude, si elles n'étaient pas prévues. Ainsi le *ballottement* est plus difficile à déterminer dans les derniers mois que lorsque la grossesse est simple, parce qu'il y a moins de liquide dans l'utérus, et que le fœtus que l'on a déplacé par le choc ne s'agite point facilement à cause de l'obstacle que lui présente l'autre fœtus. En appliquant la main sur le ventre de la femme, on peut distinguer deux fœtus dans le cas de grossesse double, *si l'utérus offre des parois souples et peu tendues*, tout comme on reconnaît les pieds, les genoux

et les coudes du fœtus dans la grossesse simple, si les parois de la matrice n'ont pas beaucoup d'épaisseur. A l'aide du *stéthoscope* on peut sentir quelquefois les doubles pulsations du cœur dans plusieurs points de l'abdomen à la fois; la naissance des jumeaux a déjà été prédite par ce moyen.

Indépendamment de ces modifications, il en est d'autres qui, pour être moins importantes, n'en doivent pas moins être mentionnées, parce qu'on peut les observer quelquefois: 1° les mouvemens du fœtus se font sentir en même temps dans plusieurs régions de l'abdomen; 2° dès les premiers mois de la grossesse, la matrice offre un volume considérable; 3° au lieu d'être élevé en pointe, l'abdomen est aplati et divisé longitudinalement en deux tumeurs séparées par un sillon quelquefois oblique; 4° le gonflement et l'œdématie des membres abdominaux ont déjà lieu vers le troisième ou le quatrième mois.

De la grossesse utérine compliquée.

Indépendamment d'un ou de plusieurs fœtus, l'utérus peut contenir des gaz, des hydatides, des polypes sarcomateux, etc. Des faits nombreux viennent à l'appui de cette proposition; nous nous bornerons à citer le suivant. Un chirurgien appelé chez une femme qui est sur le point d'accoucher, croit que le placenta est décollé et qu'il franchit le vagin; il fait rentrer ce prétendu placenta; M. Dubois ne tarde pas à reconnaître un énorme polype qui sortit pendant l'accouchement, et se plaça à la partie antérieure de la vulve;

le travail fut terminé heureusement, et l'extirpation du polype fut faite aussitôt après le rétablissement de la femme. (Leçons orales du professeur Dubois.)

Dans le plus grand nombre des circonstances il est impossible d'apprécier, pendant la grossesse, les complications dont nous parlons : aussi nous abstiendrons-nous de rapporter les caractères vagues et incertains donnés par les auteurs qui ont traité cette matière; nous nous bornerons à dire que le médecin chargé par le magistrat de prononcer sur l'existence de la grossesse, dans un cas de ce genre, doit se conduire comme si la grossesse utérine était simple. (*Voyez* page 189.)

§ II.

De la grossesse extra-utérine.

L'embryon peut se développer hors de la cavité de l'utérus; son accroissement se fait alors tantôt dans les trompes de Fallope, plus rarement sur un point de l'abdomen, et plus rarement encore dans l'ovaire (1). On a également plusieurs exemples de fœtus développés dans le tissu propre de la matrice; ils ont été décrits par *Schmidt* dans les Mémoires de l'Académie impériale

---

(1) La grossesse *extra-utérine* abdominale, admise par tous les auteurs, ne semble pas parfaitement établie à M. Dubois : « Le désordre et les altérations de l'abdomen sont telles, dit ce professeur, que l'ouverture des cadavres n'a jamais prouvé que le fœtus se fût développé plutôt dans l'abdomen que dans la trompe ou dans l'ovaire. »

Joséphine de Vienne; par Hederich, dans le Muséum de Dresde; par Albers de Brême; et plus récemment par par MM. Bellemain, Dance, Moulin, Ménière et Breschet. Ce dernier chirurgien a trouvé un fœtus d'environ trois mois dans la portion du tissu de l'utérus qui avoisine la trompe gauche; celle-ci était oblitérée dans toute son étendue, et le fœtus n'avait aucune communication avec elle, ni avec la cavité de la matrice.

Nous ne rechercherons point si la grossesse extra-utérine reconnaît pour cause un vice de conformation ou un état morbide des ovaires ou des trompes, une trop grande densité des membranes des ovaires, un défaut de rapport entre la trompe et l'ovaire, l'adhérence de ces organes, l'oblitération des trompes, etc.; nous passerons également sous silence tout ce qui concerne les annexes du fœtus extra-utérin, c'est-à-dire le cordon ombilical, le placenta, l'eau dans laquelle il nage, le sac membraneux qui le contient, et le kyste qui constitue sa dernière enveloppe et qui fait office de matrice : nous nous attacherons spécialement à faire connaître les signes de cette grossesse, parce qu'ils diffèrent sous plusieurs rapports de ceux qui ont été décrits à l'occasion de la grossesse utérine.

La difficulté du diagnostic est tellement grande ici, qu'il ne faut pas s'étonner que les auteurs aient donné comme signes de la grossesse extra-utérine une foule de caractères erronés ou insignifians, que nous nous contenterons d'énumérer : *la femme continue d'être réglée pendant la grossesse extra-utérine; elle ne vomit pas dans les premiers mois; il n'y a ni gonflement des mamelles, ni secrétion de lait; l'abdomen ne se développe*

que d'un seul côte ; les mouvemens du fœtus sont plus forts que dans la grossesse utérine, et ils se font sentir sur d'autres parties du ventre.

L'utérus, a-t-on dit, n'éprouve d'autre changement, quelle que soit l'époque de la grossesse extra-utérine, qu'une légère augmentation d'épaisseur dans son col. Ce caractère, s'il était vrai, serait précieux, puisqu'il suffirait de le constater pour affirmer, lorsqu'il y a grossesse, qu'elle est extra-utérine; mais il n'est pas exact. Déjà Bertrandi, Sanctorius, Weincknecht, Foart Simmons, Hartmann, etc., avaient annoncé que dans la grossesse des trompes la matrice avait un volume triple de celui qu'elle offre chez une femme qui n'est pas enceinte, lorsque M. Chaussier publia une observation de grossesse tubaire, dans laquelle l'utérus, trois fois plus volumineux que dans l'état de vacuité, était un peu abaissé et porté à droite; son col était souple, allongé et tellement ouvert que l'on pouvait facilement y introduire le doigt et parcourir toute la cavité de la matrice, qui était tapissée d'une tunique semblable à la membrane caduque qui se forme pendant la grossesse utérine. (Bulletin de la Faculté de médecine, n° 6, année 1814.)

Voici ce que l'on peut établir de plus précis sur les signes des diverses espèces de grossesse extra-utérine. Lorsque l'embryon se développe dans la *trompe*, la femme éprouve dans la partie profonde du bassin, et dès les premiers temps de la grossesse, un sentiment de gêne, de pesanteur toujours fixe dans le même endroit, qui parfois s'étend au rein du même côté. Dans la suite on observe une tumeur mobile, arrondie, qui,

du fond du bassin, et toujours du même côté, s'élève progressivement dans l'abdomen, et est accompagnée d'un sentiment de tension, de douleur plus ou moins vive. Par le toucher on trouve l'utérus déprimé, déjeté du côté opposé à la tumeur, à laquelle il adhère cependant. A travers les parois du vagin et de l'intestin rectum on peut reconnaître la saillie formée par la trompe plus ou moins distendue. A une certaine époque, on sent dans cette tumeur, d'une manière positive, les mouvemens de l'enfant. (Chaussier, Bulletin déjà cité.) L'auscultation ne peut fournir aucun caractère certain, *parce qu'il est rare* que le fœtus qui se développe dans la trompe vive plus de trois mois, et que jusqu'alors les battemens du cœur sont imperceptibles.

Il est probable que tout ce que nous venons de dire s'applique également au cas où l'embryon prend son accroissement dans l'*ovaire*.

Si le fœtus se développe dans l'abdomen, la tumeur est, dit-on, située plus haut que dans les deux espèces précédentes, les douleurs abdominales sont plus vives, la pesanteur plus incommode, les mouvemens du fœtus plus sensibles pour la mère; ces caractères sont trop vagues pour servir à établir le diagnostic. Le seul fait important à noter est que, le fœtus pouvant s'accroître et vivre pendant plus de neuf mois dans l'abdomen, il est possible que l'on entende, à l'aide du stéthoscope, les doubles pulsations du cœur dans un point du ventre où il n'est pas ordinaire de les remarquer.

Mais il s'en faut de beaucoup que l'on parvienne à décider aisément à l'aide de ces différens signes, si l'accroissement de l'embryon se fait dans la trompe,

dans les ovaires ou dans l'abdomen, puisque dans le plus grand nombre des cas on éprouve les plus grandes difficultés à constater seulement que la grossesse est extra-utérine; et si nous avons parlé de chacune de ces trois espèces, c'était dans l'intention de mieux faire connaître les phénomènes que présente la femme chez laquelle le fœtus se développe hors de l'utérus. Le médecin chargé de faire un rapport sur une grossesse de ce genre, en supposant même qu'il parvienne à soupçonner qu'elle est extra-utérine, n'attachera aucune importance à décider le siége qu'occupe le fœtus; il cherchera seulement à établir par les moyens indiqués à l'occasion de la grossesse utérine, que la femme est ou n'est pas enceinte. La plus grande circonspection doit présider au jugement qu'il portera, la question étant souvent fort épineuse : c'est ici, plus que dans aucune autre circonstance, qu'il devra attendre que le temps lui permette d'obtenir de nouvelles lumières (1).

(1) Il serait possible qu'en ouvrant le cadavre d'une *fille pubère et non déflorée*, on découvrît un fœtus ou des parties d'un enfant qui se seraient développés sur un des points de la cavité abdominale. Dès que la personne n'a pas été déflorée, il est évident qu'il y a monstruosité, c'est-à-dire que deux embryons ayant été conçus, l'un d'eux a été comme enfermé dans la substancede l'autre. (*Voyez* MONSTRUOSITÉS.) Combien l'homme de l'art ne serait-il pas répréhensible si dans son rapport il faisait naître des soupçons sur la moralité de cette personne, en confondant la monstruosité dont nous parlons avec la grossesse extra-utérine! Le diagnostic en pareil cas repose 1° sur l'état

ONZIÈME LEÇON.

§ III.

Des divers états contre nature qui peuvent simuler la grossesse.

Il arrive souvent que les femmes éprouvent la plupart des signes équivoques de la grossesse, sans pourtant être enceintes. On en a vu qui disaient sentir les mouvemens de l'enfant, et qui étaient en proie à des nausées, à des vomissemens, etc.; la menstruation était supprimée depuis plusieurs mois; les seins tuméfiés laissaient suinter un liquide laiteux; l'expansion de l'abdomen était considérable, la matrice était plus volumineuse, et son col effacé et entr'ouvert. Cet ensemble de phénomènes, désigné par les auteurs sous le nom de *grossesse apparente*, dépend 1° d'une maladie de l'utérus ou de quelques autres organes abdominaux

---

de l'utérus, qui dans la grossesse extra-utérine éprouve toujours quelques changemens, soit dans son volume, soit dans sa cavité; 2° sur l'état des parties sexuelles, d'après lequel on pourra présumer que la personne a été déflorée; 3° sur les signes commémoratifs : ainsi la jeune fille aura présenté dès son enfance une tumeur abdominale plus ou moins douloureuse s'il y a monstruosité, tandis qu'on aura observé quelques-uns des signes de la grossesse extra-utérine si elle est réellement enceinte, et la tumeur n'aura paru que depuis peu; 4° sur la situation de cette tumeur, sur les rapports qu'elle peut avoir avec les parties environnantes, etc.

et ne suppose pas *nécessairement* le coït, 2° d'une altération éprouvée par l'embryon, l'œuf étant encore contenu dans la matrice, altération qui suppose *nécessairement* le coït.

A. *Grossesse apparente reconnaissant pour cause une maladie de l'utérus ou de quelques autres viscères abdominaux.* Ces maladies sont (1):

1° La *tympanite utérine*, affection dans laquelle l'utérus est distendu par des gaz: à la vérité, tous les médecins n'admettent pas l'existence de cette maladie, parce qu'il est difficile de concevoir que le tissu serré et très-épais de la matrice soit dilaté par des gaz au point de simuler la grossesse; ils pensent que l'on a désigné sous le nom de tympanite utérine des collections de gaz dans les intestins.

2° L'*hydropisie de l'utérus (hydromètre)*, maladie dont certains praticiens nient l'existence, parce que la matrice n'est point revêtue d'une membrane séreuse; ils pensent que l'on a donné ce nom à des masses d'hydatides (2).

---

(1) Il serait superflu et déplacé de décrire avec détail les symptômes et la marche des affections dont nous allons parler, leur étude étant du ressort de la pathologie.

(2) Frank rapporte, dans son article *de Hydrometra*, qu'une princesse allemande, d'un âge avancé, et qui n'était plus réglée, fut déclarée enceinte par son médecin et par un accoucheur; elle rendit par la vulve une énorme *quantité d'eau*, et la matrice ne tarda pas à s'affaisser. Un peu après les mêmes symptômes se renouvelèrent; on s'attendait à un *flux* de même nature que la première fois;

3° *L'hydropisie enkystée de la matrice; l'hydropisie des ovaires et des trompes;*

4° *L'engorgement chronique de l'utérus;*

5° *Les corps fibreux de la matrice*, dont le volume varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui de la tête d'un homme, et même plus : on en a vu qui pesaient vingt-quatre livres. Ils sont charnus, fibro-cartilagineux ou osseux; ils se développent dans le tissu fibreux de la matrice, entre ce tissu et la tunique péritonéale, ou entre le tissu fibreux et la surface interne de l'utérus : dans ce dernier cas, on les désigne sous le nom de *polypes fibreux.*

6° *Les polypes mous, vésiculeux.*

7° *L'hydropisie ascite, les tumeurs du mésentère et de l'épiploon; la tympanite intestinale* (1).

---

elle *accoucha* d'un enfant viable, au préjudice de la réputation des accoucheurs les plus expérimentés. (Traité de médecine pratique de *P. Frank*, traduit par Goudereau, tom. IV, pag. 184.)

(1) Une femme affectée d'une hydropisie ascite consécutive de la phthisie pulmonaire, mère de huit enfans, affirmait qu'elle était enceinte; en appliquant les deux mains froides sur le bas-ventre, on sentait des *mouvemens assez forts* dans la région de l'utérus, comme si l'enfant donnait des coups de genou ou de coude; le toucher faisait pourtant reconnaître que l'utérus était vide. Le docteur Frank annonça dès lors que la femme n'était pas grosse; un autre médecin fut d'un avis contraire. La malade mourut au bout de trois semaines. On pratiqua l'opération césarienne, et il sortit de la *cavité abdominale* une grande quantité

8° *Le développement du rein.* Une dame du Dauphiné, âgée de quarante-sept ans, ayant été frappée d'une violente douleur au mois de septembre 1729, par la mort de son fils unique, commença dès lors à tomber dans un état très-languissant et dans une maigreur qui ne fit plus qu'augmenter. Au bout de dix-neuf mois, M. Patras, Dr en médecine à Grenoble, la trouva attaquée d'une fièvre lente, et il lui sentit dans l'hypogastre une tumeur dure, de la grosseur dont la matrice peut être dans une grossesse de trois mois et demi, et il crut qu'en effet c'était la matrice. Il y avait déjà quelque temps que cette dame avait perdu ses règles depuis son malheur. Le mal devenait toujours plus considérable : tout l'abdomen s'enfla ; on sentait des eaux répandues dans sa capacité, et on se résolut à la ponction, qui fut faite deux fois à la campagne dans l'automne de 1731.

---

d'eau. L'utérus était racorni et rapetissé comme chez les femmes avancées en âge ; *quelques tumeurs dures, anguleuses,* étaient adhérentes au péritoine par des pédicules membraneux assez longs ; ces tumeurs libres et flottantes dans la cavité, *avaient simulé les mouvemens du fœtus.* (*Frank*, ouvrage cité, tom. IV, page 170.)

On lit dans l'histoire de l'Académie royale des sciences, qu'à l'ouverture du corps d'une fille de soixante-treize ans on trouva l'épiploon gastro-colique augmenté au point de peser treize livres neuf onces ; il était endurci et tellement ossifié qu'il fallut employer la scie pour l'ouvrir dans toute sa longueur et sa profondeur. La femme dont il s'agit avait éprouvé dès l'âge de trente-quatre ans un sentiment de pesanteur au-dessous de l'estomac (année 1732).

Par la première opération on n'eut que quelques gouttes d'eau, et par la seconde rien du tout. Comme l'enflure du ventre, toujours plus grande, causait une violente oppression de poitrine, M. Patras crut qu'il fallait recommencer la ponction, mais dans un autre endroit que celui où elle avait été faite à la campagne. Le médecin qui l'avait ordonnée ne comptait que sur l'hydropisie ascite qu'il voyait, et non sur cette tumeur de l'hypogastre que M. Patras connaissait, et qui était alors cachée par l'hydropisie. M. Patras fit donc choix d'un autre lieu pour la ponction; mais, à son grand étonnement, il ne sortit encore rien que quelques gouttes de sang. Cependant la fluctuation des eaux dans l'abdomen était très-sensible, et à tel point que M. Patras crut ne se devoir pas rebuter par des tentatives inutiles de ponction, car tous les autres remèdes n'avaient aucun effet : l'opération fut réitérée, et il ne vint absolument rien.

Ensuite les jambes de la malade s'ouvrirent naturellement, et il en sortit pendant quinze jours beaucoup de sérosité qui était, du moins en partie, celle de l'abdomen, puisque l'oppression de poitrine diminua considérablement; mais ce fut le seul soulagement qui s'ensuivit. La fièvre lente ne discontinua point, et M. Patras, qui put alors reconnaître facilement cette tumeur de l'hypogastre qu'il avait d'abord sentie, la trouva extrêmement augmentée; de plus elle lui paraissait accompagnée d'un bord saillant, d'une espèce de ceinture qui la traversait d'un côté à l'autre sous l'ombilic. Cette ceinture était de consistance molle, et peut-être d'un demi-pouce de relief. Enfin la malade,

entièrement épuisée de forces, horriblement maigrie et atténuée, ne pouvant plus prendre d'alimens, mourut le 1er mai 1732.

A l'ouverture du cadavre on reconnut que la tumeur de l'hypogastre que l'on avait sentie d'abord, et que l'on avait cru être la matrice, était *le rein gauche si prodigieusement augmenté qu'il pesait* trente-cinq livres. Sa structure naturelle était altérée à proportion de cette augmentation de grandeur et de poids. Cette espèce de ceinture dont on sentait le relief était le colon qui passait sur la tumeur et s'y était attaché.

Il n'est plus étonnant que l'on sentît des eaux qui flottaient dans l'abdomen, et que les ponctions n'en tirassent pourtant rien. Ces eaux ne flottaient que dans les intervalles vides que laissait l'énorme masse du rein; il ne s'en trouvait pas assez dans les endroits précisément où les trois quarts perçaient; ce peu se dérobait peut-être et se rangeait ailleurs; et quand l'instrument était retiré et qu'on appliquait la canule, on ne l'appliquait que contre une masse assez solide. (Histoire de l'Académie royale des sciences, année 1732.)

9° *La rétention, dans l'utérus, du sang qui devait sortir par le vagin.* On conçoit que le sang des règles s'accumule dans la matrice, par suite de l'oblitération ou de l'imperforation du vagin, ou de toute autre cause : il est également aisé de voir que ce liquide, abandonné à lui-même, ne doit pas tarder à se coaguler. Ces concrétions sanguines présentent des caractères qu'il importe de connaître, pour ne pas les confondre avec les débris du produit de la conception dont nous parlerons bientôt. Quoique d'une forme variable, elles offrent

souvent la configuration de la cavité de l'utérus; leur couleur est blanche, verdâtre, brune ou pâle; ces dernières sont enduites d'une matière visqueuse, gélatineuse, ou purulente et fétide; il en est qui sont friables et faciles à écraser entre les doigts; leur structure varie beaucoup : les unes paraissent fibreuses et vasculeuses; d'autres ressemblent aux tissus glanduleux, graisseux ou membraneux; leur surface seule présente quelques traces d'organisation; *leur centre n'offre en général que du sang noir et coagulé :* ce n'est que dans des cas fort rares que l'on y trouve une vésicule remplie de matière gélatineuse. Nous tirerons parti de ces faits à l'article *Avortement*.

10° *La grossesse apparente nerveuse*, c'est-à-dire l'état d'une femme ordinairement hystérique, qui sans être enceinte présente presque tous les signes équivoques de la grossesse, et dit même sentir remuer le fœtus entre le quatrième et le cinquième mois.

B. *Grossesse apparente, suite d'une altération éprouvée par le produit de la conception encore contenu dans l'utérus*. Nous croyons devoir désigner le résultat de cette altération sous le nom générique de *débris du produit de la conception*, quoique la plupart des auteurs lui aient donné le nom de *mole;* mais ce mot est évidemment vicieux, et nous paraît devoir être rayé du langage médical, parce qu'il n'indique pas la nature du produit altéré, et surtout parce qu'il a été tour à tour employé aussi pour désigner les concrétions sanguines et les polypes, productions qui ne ressemblent pas à celles dont nous parlons.

Débris du produit de la conception. On ne saurait

donner une description générale de l'altération qui nous occupe, les caractères anatomiques du produit de cette altération n'étant pas les mêmes, suivant que l'embryon a été détruit dans la première période de la grossesse ou à une époque plus éloignée, suivant qu'après sa destruction les débris sont restés plus ou moins de temps dans la matrice, etc.; c'est ce qui nous engage à faire connaître successivement ces diverses altérations, d'autant plus que cette connaissance est indispensable pour résoudre la question de l'avortement. 1° Si l'expulsion du produit de la conception, que nous supposons fort jeune, a lieu immédiatement ou peu de temps après sa destruction, on verra qu'il présente la forme d'une *poche ovoïde, transparente*, contenant une petite quantité de liquide, et semblable au premier abord à une hydatide : cette poche offrira sur un de ses points quelques filamens blanchâtres, véritables débris du produit de la conception qui a été détruit.

2° Si l'expulsion de ce jeune produit n'a lieu que long-temps après sa mort, et que ses débris aient continué de s'accroître, au lieu d'une poche transparente on pourra trouver une masse d'apparence charnue, d'un tissu semblable au placenta, dans laquelle on rencontrera quelquefois des kystes hydatiques; sa ressemblance avec le placenta sera d'autant plus grande qu'elle aura séjourné moins long-temps dans l'utérus après la mort du produit de la conception. Si la sérosité que contient ordinairement la cavité centrale n'est pas évacuée avant la masse dont il s'agit, ou si elle ne l'est que peu de temps auparavant, le volume de cette masse sera assez considérable; son tissu humide, ses

parois gorgées de sang, et sa cavité transparente. Si au contraire le liquide séreux s'est écoulé plusieurs semaines ou plusieurs mois avant l'expulsion des débris du produit de la conception, sa cavité sera à peine sensible : on conçoit en effet que dans ce dernier cas, la masse, qui continue à se nourrir, se durcisse, se pelotonne sur elle-même, et que la cavité se rétrécisse; mais *on pourra toujours constater la présence de cette cavité dans la variété que nous décrivons.*

3° Si, comme il arrive quelquefois, il s'épanche une assez grande quantité de sang avant ou après la mort de l'embryon, soit entre l'utérus et la membrane caduque, soit entre les deux feuillets, et même entre les lamelles de cette membrane, soit entre son feuillet réfléchi et le chorion, soit enfin entre les différens flocons qui forment ou qui doivent former le placenta, et que ce sang se combine d'une manière plus ou moins intime avec ces diverses parties de l'œuf, la cavité centrale se rétrécira lentement à un degré plus ou moins marqué, si les membranes résistent également dans tous leurs points; mais si ces membranes se déchirent, on conçoit *que la cavité disparaîtra sans que pour cela la masse dont il s'agit cesse d'être un produit de la conception.* M. Velpeau, qui a souvent rencontré cette particularité, nous a transmis les deux faits suivans à l'appui.

Le 20 octobre 1824 il reçut un produit d'environ deux mois; sa forme était moulée sur celle de la matrice; il offrait le volume d'un gros œuf de dinde; sa consistance était très-grande; des portions de la membrane caduque, des flocons vasculeux du chorion com-

binés avec du sang concret le constituaient évidemment; *il n'y avait point de cavité centrale;* seulement on remarquait sur un point de sa circonférence une rainure verticale profonde d'environ deux lignes, qui était lisse, tapissée par un reste du chorion, et dans le fond de laquelle se voyait un vestige du cordon ombilical. — Au mois de juin 1826, il eut occasion d'examiner un produit de la conception un peu plus jeune que le précédent, et qui n'en différait que par la rainure de sa surface, qui était plus large, plus profonde, et terminée en haut par un cul-de-sac et par le cordon ombilical, qui était entier et supportait encore une partie de l'embryon. « Il est évident, dit M. Velpeau, que si ces deux masses fussent restées quelque temps encore dans la matrice, la rainure lisse dont il est fait mention aurait pu disparaître et ne pas laisser la moindre trace de cavité tapissée par une membrane séreuse. »

4° Si la mort du produit de la conception arrive à une époque déjà avancée de la grossesse, et que l'expulsion n'ait lieu qu'au bout d'un certain temps, il est impossible d'admettre que la dissolution de ce produit aura été assez complète pour qu'on ne découvre pas des vestiges du fœtus, tels que des os, des poils, etc.; il peut se faire alors que le cadavre se soit conservé dans l'eau de l'amnios, comme dans une saumure, lors même que le placenta a continué de s'accroître.

Rien n'est aussi variable que le volume et le poids des *débris du produit de la conception*, dont nous avons parlé jusqu'à présent; on en a vu qui étaient de la grosseur du poing, et qui pesaient d'une à deux onces, tandis que d'autres offraient le volume d'une tête d'a-

dulte, et pesaient jusqu'à quarante onces. Ces différences dépendent particulièrement de la durée du séjour dans l'utérus, qui varie depuis deux jusqu'à quatorze mois; les auteurs qui ont annoncé que ce séjour pouvait être de plusieurs années, ont évidemment confondu ces masses avec d'autres tumeurs.

Il résulte de ce que nous venons d'établir, 1° que si une femme que l'on supposerait avoir été fécondée, rendait par le vagin une masse d'apparence charnue, on reconnaîtrait que ce corps est le *débris du produit de la conception*, s'il offrait une structure vasculaire et une *cavité centrale tapissée d'une membrane séreuse*; 2° que si cette cavité manquait, on ne pourrait prononcer que cette masse est le produit de la conception, qu'autant qu'on découvrirait des vestiges du cordon ombilical, de la membrane caduque, etc.; 3° que dans tous les cas il ne peut y avoir aucune difficulté à résoudre la question, lorsqu'on trouve dans cette masse organisée des vestiges du fœtus, tels que des os, des poils, etc.

Des hydatides.

Rangerons-nous les hydatides qui se développent dans l'utérus et distendent graduellement l'abdomen, parmi les altérations du produit de la conception, ou bien les considérerons-nous comme constituant une maladie, et étant par conséquent tout-à-fait indépendantes de la fécondation? Tout porte à croire que les hydatides en *grappes* doivent être sinon toujours, au moins le plus souvent attribuées à une dégénérescence de l'œuf et surtout du placenta; quant aux hydatides

librés ou *isolées* elles paraissent aussi être quelquefois le résultat d'une grossesse décomposée, tandis que dans d'autres circonstances elles constituent une maladie. Voici des faits à l'appui de cette manière de voir.

1° Parmi les placentas d'embryon représentés par Ruisch et Albinus, il en est dont les villosités vasculaires offrent une multitude de vésicules tantôt très-petites, tantôt d'un volume qui varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un grain de raisin.

2° Burdach trace également la figure d'un œuf dont toute la surface est couverte d'hydatides.

3° En disséquant une masse charnue et membraneuse, dit M. Désormeaux, P. Portal trouva à son centre une vessie transparente fort déliée, de la grosseur d'une noisette, remplie d'une liqueur claire et limpide, où il nageait un petit corps ayant la forme d'un embryon de la grosseur et de la longueur d'une mouche. Il remarqua dans cette masse, outre cette vésicule, quantité de petites vésicules semblables à celles qui se rencontrent dans les poules, ou en forme de petite grappe de raisin. (Art. OEuf du Dict. de médecine.)

4° Des observations nombreuses portent M. Velpeau à croire que les granulations de la surface externe du chorion peuvent être considérées comme une disposition naturelle dans les deux premiers mois de la gestation ; or j'ai vu, dit-il, sur le même œuf ces renflemens à tous les degrés de développement, les uns conserver leur volume naturel, d'autres égaler celui d'une grosse aveline, d'autres enfin offrir toutes les nuances intermédiaires ; j'ai vu cette disposition sur un œuf dont toutes les membranes étaient encore dis-

tinctes, et dont l'embryon était encore intact ; j'ai vu ensuite un autre produit composé de nombreuses hydatides, supportées par des branches ramifiées qui s'inséraient par leur pédicelle sur une masse centrale, renfermant une cavité pleine de liquide, et qui était incontestablement formée par le chorion épaissi, et par quelques détritus de la membrane caduque ; enfin j'ai vu sur des œufs entiers, sur des véritables produits de la conception, un, deux, trois, quatre ou cinq faisceaux vasculaires supportant une ou plusieurs hydatites, tandis que les autres flocons du chorion conservaient tous les caractères de l'état normal. Au reste pour soutenir que les hydatides en grappe sont un produit de la conception, je me fonde encore sur ce que ces vésicules ne renferment point de corps vivans, sur ce qu'elles sont presque toujours plus ou moins allongées, comme traversées par une tige centrale dont elles paraissent être de simples dilatations, sur ce que dans le centre du faisceau hydatique, on rencontre toujours une masse de volume variable, il est vrai, mais dans laquelle il est facile de reconnaître des restes du chorion, et même de la membrane caduque ; enfin sur ce que les observations mises en avant pour prouver que les hydatides peuvent exister chez des femmes qui n'avaient jamais usé du coït, ne sont rien moins que concluantes. (Note inédite.)

Cette opinion à l'appui de laquelle nous aurions encore pu ajouter d'autres faits est aussi celle de mon savant collègue Désormeaux, dont l'autorité est d'un si grand poids en pareille matière. Voici comment il s'exprime à l'article OEuf du Dictionnaire de médecine. « Il

est superflu de dire que le développement de ces masses d'hydatides est le plus souvent, sinon toujours, la suite de la conception.»

Établissons maintenant par les deux faits suivans pris au hasard parmi des observations nombreuses du même genre, qu'un amas d'hydatides dans l'utérus peut simuler la grossesse.

Dans le courant du mois de décembre 1826, le Dr Bérard, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, fut appelé auprès de madame D., âgée de dix-neuf ans, d'une excellente constitution, mariée seulement depuis six mois. Elle éprouvait quelques coliques; un léger écoulement de sang avait lieu par la vulve. Madame D. dit qu'elle redoutait une fausse couche, que ses règles étaient supprimées depuis trois mois, et qu'elles avaient toujours paru régulièrement avant cette époque. Huit jours après, elle rendit au milieu de bon nombre de caillots sanguins, une masse de la grosseur du poing environ, composée entièrement de vésicules transparentes et remplies d'un fluide à peu près incolore; leur volume variait depuis celui d'un grain de millet à celui d'une petite noisette; tous les degrés intermédiaires pouvaient être observés; ces vésicules, loin d'être libres, étaient attachées comme les grains d'un chapelet, par des filamens qui, examinés de près, offraient déjà des rudimens de vésicules dont le développement eût infailliblement accompagné le séjour de ce corps parasite dans l'utérus. Le toucher fit reconnaître que la matrice était peu volumineuse et peu pesante; elle ne renfermait plus en effet que quelques caillots qui furent expulsés dans les jours suivans.

Une fille de vingt-quatre ans, d'une forte constitution, s'expose à devenir enceinte. Au bout de quelques temps le ventre se tuméfie, les règles deviennent irrégulières et sont suivies d'un écoulement blanc assez abondant. Un appétit bizarre joint à ces symptômes fit présumer une grossesse commençante; cependant après quatre mois l'état reste toujours le même, et les époques de la menstruation sont toujours régulièrement marquées par un écoulement sanguin d'abord, puis leucorrhéïque. Enfin le neuvième mois se passe sans apporter aucun changement dans la situation de la malade, dont le ventre *n'offrait pas plus d'ampleur qu'à l'époque de quatre mois*. Vers le douzième mois à l'époque des règles, cette fille est prise de douleurs analogues à celles de l'enfantement; l'orifice du col de l'utérus était dilaté d'un pouce, et on sentait à travers cette ouverture un corps mollasse, inégal, analogue au placenta; quelques gouttes de sang s'écoulaient le long du doigt introduit dans le vagin. Les contractions utérines étaient éloignées; elles furent activées par un bain de siége, et au bout d'une heure il se présenta à l'orifice de la vulve une masse molle et inégale, d'un volume double de celui d'une tête de fœtus à terme, d'un poids de trois livres environ, composée de tissu cellulaire, de filamens blanchâtres, et d'un grand nombre d'*acéphalocystes* petites, pour la plupart flasques et à moitié vides. Un grand nombre d'autres acéphalocystes, *libres de toute adhérence*, avaient été expulsées aussitôt après la sortie de la masse principale. La portion de cette masse qui correspondait à l'orifice utérin, présentait une ecchymose profonde, et offrait dans son

épaisseur un caillot de sang assez consistant. Il y eut immédiatement après un écoulement de sang très abondant, mais qui diminua les jours suivans. Au quatrième jour, *fièvre de lait* et excrétion abondante de lait pendant dix jours, et qui n'a cessé qu'après l'usage de tisanes purgatives. La santé s'est ensuite complétement rétablie, et six semaines après la cessation de la sécrétion laiteuse, les règles ont reparu, et depuis elles sont très-régulières et aussi abondantes qu'auparavant. (Observation communiquée par le Dr Carterau de Bar-sur-Seine. *Voyez* Archives générales de Médecine, tome 6.)

Conclusions sur la grossesse.

1° *Depuis le moment de la conception jusqu'à la fin du deuxième mois*, il n'existe aucun signe qui permette d'*affirmer* que la femme est enceinte : on peut, dans certaines circonstances, établir de *légères probabilités* en faveur de la grossesse; mais l'homme de l'art serait blâmable s'il n'engageait pas l'autorité à attendre que de nouveaux phénomènes missent le fait hors de doute.

Le toucher peut-il être de quelque utilité à l'époque dont nous parlons? Il est évident, si la grossesse existe, que le volume et la situation de l'utérus ne sont plus à la fin du deuxième mois ce qu'ils étaient avant la conception ; d'où il résulte que si l'on parvenait à trouver une différence entre ces deux états de l'utérus, on serait à même d'établir des *présomptions* plus fondées en faveur de la grossesse. Ainsi, supposons qu'une femme chez laquelle on remarque quelques-uns des

signes équivoques qui peuvent annoncer la grossesse (*voyez* page 191) se dise enceinte depuis quinze jours, et qu'elle se laisse visiter, le médecin introduit le doigt dans le vagin, et s'assure du volume et de la situation du corps et du col de l'utérus; à la fin du premier mois il explore de nouveau cet organe; il recommence quinze jours après, et il fait un dernier examen à la fin du deuxième mois. Si les changemens observés sont les mêmes que dans la grossesse; si la femme a continué à éprouver quelques-uns des accidens qui constituent les signes équivoques décrits à la page 191; si enfin il n'existe chez elle aucun symptôme qui annonce une maladie à laquelle on pourrait attribuer ces changemens, l'homme de l'art peut établir des *probabilités* en faveur de la grossesse, et doit engager l'autorité à attendre.

2° *Pendant le troisième mois*. Nous ne pouvons que répéter ce qui vient d'être dit à l'occasion de la première époque; toutefois le toucher ayant pu être pratiqué un plus grand nombre de fois, les *probabilités* de grossesse seront un peu plus grandes, s'il se joint aux signes équivoques décrits à la page 191, ceux dont nous avons fait mention à la page 184. Il y aurait encore plus de probabilités, si indépendamment de ces phénomènes la femme disait sentir des mouvemens semblables à ceux qu'exécute le fœtus, ce qui est fort rare à cette époque.

3° *Pendant le quatrième mois*. L'ensemble des signes observés pendant cette période peut servir à établir d'assez *grandes probabilités* en faveur de la grossesse, surtout lorsqu'on a touché la femme à différentes re-

prises; mais il est insuffisant pour prononcer *affirmativement*, à moins que l'on ait pu déterminer le ballottement, ce qui n'est pas ordinaire. Qu'importe, en effet, que la femme ou le médecin soient convaincus qu'il existe des mouvemens actifs semblables à ceux qu'exécute le fœtus? un état spasmodique des intestins et de la matrice ne peut-il pas simuler ces mouvemens dans les *grossesses apparentes*, et d'ailleurs ne voit-on pas des femmes enceintes chez lesquelles il y a absence de pareils mouvemens?

4° *Pendant le cinquième mois.* Le fœtus étant le seul corps qui puisse être suspendu et ballotté dans l'utérus, on pourra *affirmer* que la grossesse existe, si l'on a pu déterminer le ballottement, mouvement passif que l'on évitera de confondre avec le mouvement de la totalité de l'utérus. On se gardera bien de nier que la femme soit enceinte, parce qu'il aura été impossible de déterminer ce ballottement, plusieurs causes pouvant s'opposer à ce qu'il soit sensible. (*Voyez* page 196.) Il sera permis alors d'établir les mêmes probabilités qu'au quatrième mois, si les circonstances sont les mêmes. Que l'on ait pu s'assurer ou non du ballottement du fœtus, on affirmera que la grossesse existe, si l'on a senti distinctement les *battemens du cœur du fœtus*, en appliquant l'oreille sur l'abdomen de la femme, ou mieux encore en se servant du stéthoscope; mais il est probable que les battemens dont il s'agit ne pourront être aperçus que fort rarement avant le sixième mois.

5° *Pendant le sixième mois.* Si les caractères fournis par l'auscultation médiate ou immédiate (*voyez*

page 197) ne permettaient pas à l'homme de l'art de prononcer sur l'etat de la femme, il agirait conformément aux principes établis à l'occasion de la grossesse pendant le cinquième mois; d'autant plus qu'alors le fond de l'utérus est plus haut (*voyez* page 185), les mouvemens actifs du fœtus plus prononcés, et le ballottement plus facile à sentir, parce que le fœtus est plus fort.

6° *Pendant les trois derniers mois*. Les caractères tirés de la situation de la tête du fœtus et de la matrice, de l'état du col et des membranes, sont les seuls, parmi ceux que nous avons énumérés à la page 199, qui méritent quelque attention : ils sont pourtant insuffisans pour *affirmer* que la grossesse existe ; ils n'autorisent qu'à établir *de très-grandes probabilités*. Mais comme en général, pendant l'époque dont nous parlons, les mouvemens actifs, le ballottement et les battemens du cœur du fœtus sont très-sensibles, et que ces deux derniers signes sont caractéristiques de la grossesse, l'homme de l'art pourra, dans beaucoup de circonstances, *affirmer* que la femme est enceinte. Il mettra, au contraire, dans ses conclusions, la même réserve qu'au cinquième et au sixième mois, s'il lui est impossible de déterminer le ballottement ou de sentir les battemens du cœur.

7° L'existence de deux ou d'un plus grand nombre de fœtus dans l'utérus étant propre à modifier quelques-uns des caractères importans de la grossesse, il faut que l'homme de l'art redouble d'attention pour ne pas être induit en erreur; du reste son jugement et ses conclusions doivent être basés sur les mêmes principes.

S'il ne parvient pas à déterminer le ballottement ni à sentir les battemens du cœur, et qu'il ait cependant des motifs pour soupçonner que la femme est enceinte, il émettra des doutes, et se gardera bien surtout de nier la grossesse. Il pourra, au contraire, *affirmer* qu'elle existe, lors même qu'il n'aurait pu déterminer le ballottement, s'il a senti les doubles pulsations du cœur dans plusieurs points de l'abdomen. (*Voy.* p. 225.)

8° Ce que nous avons dit à l'occasion de la grossesse utérine compliquée, de la grossesse extra-utérine, et des divers états contre nature qui peuvent faire croire que la femme est enceinte, prouve combien le médecin appelé pour juger des questions de ce genre doit se conduire avec circonspection. Toutes les fois qu'il conservera *des doutes*, il devra donner un avis favorable à la femme, et engager l'autorité à attendre : ainsi il admettra la possibilité de la grossesse, lorsqu'il croira obtenir la conservation de la mère et du fœtus; il agira dans un sens contraire, si l'absence de la grossesse peut présenter quelque avantage à l'accusée ou lui éviter quelque inconvénient.

9° On n'oubliera jamais que les femmes qui ont intérêt à simuler la grossesse augmentent souvent le volume du ventre à l'aide de serviettes, de coussins, etc.; elles soustraient les linges qui pourraient attester le retour périodique des règles. Mais il faut observer qu'il ne suffit pas de reconnaître l'une ou l'autre de ces fourberies pour prononcer que la femme n'est pas grosse, car elle aurait pu y avoir recours pour paraître plus avancée qu'elle ne l'est réellement. Si une femme enceinte veut cacher sa grossesse, elle ne man-

que pas de se dire atteinte d'une de ces maladies qui la simulent (*voy.* page 208); elle fait tous ses efforts pour qu'à l'aide des vêtemens et des ceintures le volume du ventre ne soit pas très-sensible; enfin elle simule la menstruation tous les mois, en tachant des linges avec du sang.

DEUXIÈME QUESTION. — *Une femme est-elle d'âge à avoir pu concevoir?*

Dans nos climats, la femme jouit, le plus ordinairement, de la faculté de concevoir depuis l'âge de quinze ans, époque de la première menstruation, jusqu'à celui de quarante ou de quarante-cinq ans, où l'on voit les règles cesser. Mais la constitution du sujet, le climat qu'il habite et le genre de vie qu'il mène, influent singulièrement sur le moment de l'apparition et de la cessation des règles; on sait, par exemple, que la menstruation s'établit plus tôt chez les filles du midi et chez celles qui habitent les villes que chez les personnes du nord et chez celles qui vivent à la campagne. Il y a plus: des femmes sont devenues mères avant d'avoir été réglées, et même sans l'avoir jamais été: on a vu à Paris une fille âgée de douze ans et demi être enceinte; d'une autre part, il est avéré que des femmes ont pu concevoir passé l'âge de soixante ans. *Bernstein* rapporte qu'une femme qui ne fut réglée qu'à vingt ans, accoucha pour la première fois à l'âge de quarante-sept ans; elle en avait soixante lorsqu'elle mit au monde le septième et dernier enfant: la menstruation ne cessa chez elle qu'à l'âge de quatre-vingt-dix-neuf ans, c'est-à-dire cinq ans avant sa mort.

Il résulte de ce qui précède, 1° qu'il est impossible de limiter la possibilité de la conception dans un espace de temps déterminé; 2° que si l'existence de la menstruation est un des indices les plus certains de l'aptitude à concevoir, le défaut des règles ne peut cependant pas autoriser à regarder la conception comme impossible.

TROISIÈME QUESTION.—*Une femme peut-elle ignorer constamment sa grossesse?*

Des femmes accusées d'avoir laissé périr leur enfant, faute de soins, peuvent alléguer l'ignorance de la grossesse; d'autres, après avoir commis le crime d'infanticide, assurent dans leurs moyens de défense, que loin d'avoir tué leur enfant, elles ignoraient qu'elles fussent enceintes; la question qui nous occupe pourra donc être agitée devant les tribunaux. Il est incontestable qu'une femme complétement idiote peut ignorer sa grossesse; en est-il de même de celle dont on a abusé pendant qu'elle était enivrée par des narcotiques, des liquides spiritueux, ou pendant qu'elle était frappée d'asphyxie ou d'apoplexie? Nous avons déjà établi que la fécondation peut avoir lieu chez une personne qui est dans l'un ou l'autre de ces états; mais il ne faut pas conclure que parce que la femme a été abusée à son insu, elle devra *nécessairement* ignorer plus tard qu'elle est enceinte; les mouvemens actifs et le ballottement du fœtus, ainsi que les autres signes de la grossesse, ne pourront-ils pas éclairer cette femme sur son véritable état, lorsqu'elle aura repris l'usage de ses sens? Toutefois, si l'on ne peut pas conclure que la per-

sonne dont il s'agit doive ignorer *nécessairement* sa grossesse, il faut admettre *la possibilité* du fait, puisqu'on l'a observé, même chez des femmes mariées, qui n'avaient aucun intérêt à tromper les médecins.

Observations. 1° Le Dr Vogel, médecin à Lahr, rapporte le cas d'une jeune femme qui fut obligée de sevrer son enfant au bout d'environ neuf mois, parce qu'elle vit reparaître ses règles qui, après avoir coulé régulièrement pendant plusieurs mois, dégénérèrent ensuite en une hémorrhagie irrégulière, revenant tous les quinze jours ou les trois semaines. M. Vogel fit appeler une sage-femme qui découvrit, à demi engagé déjà dans le vagin, un fœtus paraissant âgé de trois mois (1). — 2° Le même médecin traitait d'obstructions dans le bas ventre, une juive enceinte, qu'il ne croyait pas grosse parce qu'elle-même ne soupçonnait pas l'être, n'éprouvant aucune des sensations que les femmes ressentent durant la grossesse. Le traitement qu'il lui fit subir la délivra de tous les accidens, à l'exception d'un gonflement que le Dr Vogel croyait avoir son siége dans l'ovaire gauche, mais qui disparut lorsque la malade, dont les règles avaient été supprimées pendant plus d'une année, accoucha d'un enfant à demi putréfié (2). — 3° Le conseiller Gunther a connu une jeune femme, mariée à un homme âgé, qui fut dans l'ignorance complète de son état, jusqu'au moment de l'accouchement, et chez laquelle tous les signes de la grossesse manquaient à tel

(1) Salzburger medizinisch-chirurgische; Zeitung, 1791, tom. IV, page 26.

(2) *Ibid.*, page 24.

point tandis que les souffrances de la malade ressemblaient tellement aux symptômes d'une affection spasmodique, que quand le mari demanda si sa femme ne serait peut-être pas enceinte, le médecin, malgré toute son expérience, trouva la question ridicule. Cependant quelques jours après, cette femme mit au monde un garçon, à la vérité petit et débile, mais parfaitement à terme (1). — 4° Une femme robuste, très-peu éclairée, vivait depuis dix-huit mois dans les liens d'un mariage qui la rendait fort heureuse, ses règles étaient dans le plus grand désordre dès avant son mariage, et s'arrêtaient souvent pendant des années entières. Le Dr Klein ayant été appelé pour de violentes coliques qu'elle éprouvait, reconnut, après un examen attentif, que ces douleurs étaient celles de l'accouchement, mais on ne voulut pas ajouter foi à ce qu'il disait, la femme déclarant que si elle était enceinte elle aurait dû le sentir. L'enfant, qui était une fille vivante, se présentait par les pieds. La mère nia qu'elle fût grosse jusqu'au moment où elle fût accouchée (2). — 5° Une femme, mariée depuis trois ans, consulta M. Fodéré, pour une affection chronique de la poitrine, accompagnée de rétention de règles, et d'une perte en blanc, très-abondante et ichoreuse; elle présentait en même temps divers symptômes équivoques de grossesse; mais sur les observations qui lui furent faites à cet égard, elle objecta l'absence de son

(1) *Ibid.*, page 105.

(2) Jarbuecher der deutschen Medizin und chirurgie, tom. III, page 51.

mari; elle ajouta d'ailleurs que, sans vivre dans une continence absolue, elle ne craignait rien, parce que des gens de l'art lui avaient assuré qu'elle ne pourrait point devenir grosse tant que la perte en blanc subsisterait. Deux mois après, M. Fodéré, appelé en consultation pour la maladie de poitrine qui était devenue très-aiguë, fit observer à ses confrères qu'il sentait au côté droit de la région hypogastrique une tumeur dure, ronde, oblongue, qu'on regarda comme stercorale ou venteuse, faute de renseignemens précis. Cependant le douzième jour depuis qu'il continuait de voir cette femme, elle accoucha d'un enfant mâle d'environ quatre mois, à sa grande surprise, à celle des médecins qui la soignaient, et des assistans, qui se trouvaient en grand nombre dans sa chambre. Sa naïveté et sa confiance, au moment de ce travail, dont elle assurait ignorer la nature, et le peu de précautions qu'elle avait prises pour cacher sa honte et ce témoin de son infidélité, semblèrent autoriser à croire qu'effectivement elle n'avait pas connu son état. Elle se plaignait beaucoup des gens de l'art, qui lui avaient inspiré une trompeuse sécurité, et expira le lendemain, victime peut-être d'un moment d'erreur et de l'imprudence des personnes qui n'avaient pas assez interrogé la nature. (*Fodéré*, médecine légale.) — 6° M. Desgranges rapporte l'exemple d'une femme âgée de quarante-cinq ans, déjà mère de plusieurs enfans, qui arriva jusqu'au moment de l'accouchement sans avoir jamais soupçonné la grossesse. — 7° D'après le même auteur, une jeune fille eut commerce dans le bain avec un jeune homme dont elle reçut l'assurance qu'elle ne pouvait jamais devenir enceinte dans l'eau; son

amant l'ayant bientôt délaissée, elle attribua au chagrin que cette perfidie lui causa la cessation des règles. Elle employa contre l'aménorrhée un grand nombre de remèdes que lui conseillaient plusieurs médecins, et quoique son ventre fit toujours des progrès, elle nia opiniâtrement qu'elle eût eu jamais des rélations avec un homme, ou qu'elle sentît les mouvemens de l'enfant; du reste elle ne cherchait pas à se soustraire aux regards. A l'invasion même des douleurs elle renouvela ses dénégations avec la même opiniâtreté; cependant, à sa grande surprise et à celle des assistans, elle accoucha d'un enfant bien portant. Elle assura toujours qu'ayant commis sa faute dans l'eau elle n'avait jamais eu l'idée de pouvoir être enceinte. (*Fodéré,* médecine légale. Tome 1er.) — 8° Pendant notre séjour à Reims, en 1822, le Dr Duquesnel fut appelé par une dame mariée, que personne ne croyait enceinte et qui se plaignait de douleurs abdominales dont le caractère et la marche simulaient les douleurs de l'enfantement: désirant s'éclairer, M. Duquesnel proposa à la dame de se laisser toucher; mais elle était tellement éloignée de soupçonner la grossesse qu'elle s'y refusa; ce ne fut qu'au bout d'une heure, lorsque le médecin l'assura que l'accouchement allait avoir lieu, qu'elle permit l'exploration du col de l'utérus; on vit alors que la tête du fœtus était sur le point de franchir le détroit supérieur, et la femme ne tarda pas une demi-heure à être délivrée. Il n'y avait *aucun motif* qui pût porter cette dame à cacher sa grossesse. — 9° Madame Gonse de Bapaume, âgée de trente-trois ans, déjà mère de trois enfans, jouissant habituellement d'une bonne santé, était à

l'époque de la menstruation, lorsqu'elle essuya une vive frayeur qui supprima tout à coup cet écoulement périodique au mois d'août 1823. Dès lors se manifestèrent divers accidens qui furent tour à tour attribués, par des médecins qui exerçaient le toucher, à une mole, à une hydropisie abdominale, à une suppression de menstruation. A la fin de janvier 1824, madame accoucha d'un enfant bien portant sans avoir jamais soupçonné sa grossesse; elle assure avoir porté cet enfant pendant dix mois : elle en est d'autant plus certaine que pendant tout ce laps de temps elle se trouva dans l'impossibilité de communiquer avec aucun homme. (Observation rapportée par M. Moronval. *Journal complémentaire*, t. 23.)

Combien le médecin ne doit-il donc pas user de circonspection lorsqu'il s'agit de prononcer sur une question de ce genre! C'est ici qu'il faudra s'enquérir de plusieurs circonstances commémoratives : la femme a-t-elle cherché à céler sa grossesse; est-elle primipare, stupide, idiote; s'est-elle informée de tout ce qui est relatif à l'accouchement, des moyens propres à faire avorter; a-t-elle fait des questions à ses amies, qui pourraient permettre d'élever des doutes; quelle est sa position sociale, sa moralité; a-t-elle éprouvé depuis long-temps des dérangemens notables de la menstruation, et des symptômes ayant de l'analogie avec les signes équivoques de la grossesse, qui ont pu lui faire croire, lorsqu'elle était réellement enceinte, qu'elle était en proie à une maladie du bas-ventre; est-il prouvé qu'on s'est attaché à détruire en elle toute idée qu'il lui fût possible de devenir enceinte; le mari est-il absent?...

QUATRIÈME QUESTION. — *Une femme enceinte a-t-elle des penchans tellement irrésistibles, qu'elle soit portée à commettre des actes contraires à l'ordre social?*

Les tribunaux ont quelquefois requis l'avis des médecins, pour savoir si la grossesse pouvait déranger l'imagination d'une femme et dépraver sa volonté au point de la porter à commettre malgré elle certains crimes, et notamment celui du vol. Il est incontestable qu'il faut admettre dans quelques cas de grossesse, la possibilité et même la réalité d'un trouble de l'imagination, assez marqué pour qu'il puisse servir d'excuse à la femme. Il serait contraire à l'ordre social d'établir que cela doit avoir lieu constamment, car on assurerait l'impunité à des femmes de mauvaise conduite, qui savent aussi bien soustraire la propriété d'autrui quand elles ne sont pas enceintes, que lorsqu'elles sont grosses. Si la lésion de l'imagination est évidente, l'homme de l'art ne balancera pas à excuser la femme; dans le cas contraire, il engagera le magistrat à chercher ailleurs que dans la médecine les moyens de résoudre la question; en effet, les juges seront beaucoup plus éclairés, quand ils sauront que la personne accusée jouit d'une bonne ou d'une mauvaise réputation, qu'elle est dans l'aisance ou dans la détresse, etc., que lorsqu'on leur dira que le tempérament de la femme est très-irritable, mélancolique, etc.

Nous n'imiterons point certains auteurs de médecine légale, qui, à l'occasion de la grossesse, ont agité la

question suivante : *Doit-on considérer la présence d'une mole dans l'utérus, comme une preuve certaine du coït ?* Il est évident que l'on doit répondre affirmativement, si l'on entend par mole les débris du produit de la conception (*Voy.* page 214); le contraire aura lieu, si, comme cela a été fait, on désigne sous ce nom des masses de sang, d'hydatides, etc., dont la présence ne suppose en aucune manière la copulation.

RAPPORTS SUR LA GROSSESSE.

Premier rapport. Nous soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Strasbourg, sur la réquisition de M. le procureur du roi à nous signifiée par le sieur D... huissier, nous sommes transporté aujourd'hui 12 juin, à midi, accompagné de M. V..., commissaire de police, à la prison où était enfermée madame ***, âgée de vingt-cinq ans, à l'effet de déterminer si elle était enceinte. Arrivé dans la chambre n° 2, nous avons trouvé ladite dame qui nous a déclaré être grosse de six mois, ce qu'elle avait reconnu aux dégoûts et aux vomissemens qu'elle éprouvait depuis ce temps, à la suppression de la menstruation, à la tuméfaction successive du ventre, et surtout aux mouvemens qu'elle ressentait depuis deux mois dans l'abdomen.

Madame *** étant debout, nous avons introduit le doigt indicateur de la main droite dans le vagin, tandis que la main gauche restait appliquée sur l'abdomen, ce qui nous a permis de constater que le col de l'utérus était tiré en haut et en arrière, que le fond de cet organe, parfaitement développé, répondait à l'ombilic,

et que l'on pouvait déterminer des mouvemens de ballottement. A l'aide du stéthoscope, placé dans l'espace qui sépare l'ombilic de l'arcade crurale, nous avons entendu au moins cent trente pulsations doubles par minute, et sur un autre point de l'abdomen on pouvait reconnaître, avec le même instrument, des pulsations simples isochrones au pouls de la mère.

Ces faits nous permettent de conclure que madame*** est enceinte d'environ six mois. En foi de quoi, etc. Paris, ce 10 juin 1820.

Deuxième rapport. Nous soussigné, etc. (*Voyez* le rapport précédent, pour le *préambule.*) Arrivé dans la maison, nous avons trouvé la fille N..., âgée de dix-neuf ans, que l'on croyait enceinte de huit mois; elle nous a dit n'avoir éprouvé ni dégoûts, ni vomissemens, ni vertiges, ni douleurs de tête, ni maux de dents depuis qu'elle était grosse; que les règles avaient coulé régulièrement tous les mois, quoique beaucoup moins abondamment qu'avant d'être enceinte; que le ventre et les mamelles s'étaient développés graduellement, sans qu'elle eût éprouvé la moindre incommodité; qu'elle n'avait jamais senti remuer l'enfant.

Le toucher nous a fait voir que le volume du ventre était dû au développement de la matrice, dont le fond était près de la région épigastrique, et dont le col fort élevé s'aplanissait et tendait à s'effacer, que l'on pouvait déterminer facilement les mouvemens de ballottement, et que l'on sentait dans la cavité du bassin, un corps très-solide et assez volumineux, qui paraissait être la tête d'un fœtus. Le stéthoscope, appliqué sur diverses parties de l'abdomen, n'a permis d'apercevoir

aucun des battemens dont il a été fait mention dans le rapport précédent.

Nous croyons pouvoir conclure de ces faits, que la demoiselle *** est enceinte d'environ huit mois. En foi de quoi, etc. Fait à Paris, le, etc.

Troisième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé la fille***, âgée de vingt-deux ans, qui se disait enceinte de six mois, parce que depuis cette époque elle n'était pas réglée, qu'elle avait éprouvé, à différentes reprises, des maux de tête, des envies de vomir, des vomissemens, que les seins et le ventre s'étaient gonflés considérablement, et qu'il s'écoulait des mamelles une humeur laiteuse : elle n'avait pas senti remuer.

On a vu par le toucher, que le volume du ventre était dû au développement de l'utérus, dont le fond répondait à l'ombilic, et dont le col était tiré en haut et en arrière; on ne pouvait déterminer ni le mouvement de ballottement ni les mouvemens actifs du fœtus, lors même qu'on appliquait sur l'abdomen une main trempée dans l'eau froide; le stéthoscope ne faisait reconnaître aucune sorte de pulsation ni de battement : du reste, la fille *** n'éprouvait aucun accident qui pût faire croire qu'elle était malade.

Il résulte de ces faits qu'il est impossible d'affirmer que mademoiselle *** est ou n'est pas enceinte, et qu'il est prudent de la faire visiter de nouveau, plus tard, et même d'attendre jusqu'à la fin du neuvième mois, si les nouvelles visites ne fournissent point des résultats plus positifs.

Quatrième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé

dans la chambre, nous avons trouvé madame ***, âgée de seize ans, mariée depuis trois mois, qui se croyait enceinte de deux mois. Elle nous a dit avoir été bien réglée depuis l'âge de quatorze ans jusqu'à l'époque de son mariage, qu'il y avait deux mois qu'elle n'avait pas ses règles, que depuis lors elle avait des maux de tête, des envies fréquentes de vomir, et que les seins s'étaient gonflés.

Nous avons procédé à la visite ; le volume du ventre paraissait dans l'état naturel; et il était impossible de distinguer aucune espèce de tumeur au-dessus des pubis; en introduisant le doigt indicateur dans le vagin, nous avons cru apercevoir que le corps de l'utérus était un peu plus volumineux, et que le col était un peu plus haut que lorsque la matrice est vide; du reste il n'y avait point de mouvemens, et le stéthoscope ne décélait point de pulsations.

D'où il résulte que l'on ne peut tout au plus que soupçonner la grossesse; qu'on est cependant loin de pouvoir nier qu'elle existe, et qu'il importe d'autant plus de toucher de nouveau madame *** dans quelque temps, que connaissant l'état actuel des organes de la génération, on pourra mieux apprécier les changemens que la grossesse fera naître dans ces parties, si elle est réellement enceinte. En foi de quoi, etc.

Cinquième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre où était madame ***, âgée de trente-six ans, déjà mère de deux enfans, qui se disait enceinte de huit mois, on nous a rapporté que depuis cette époque la menstruation était supprimée, et que le ventre et les mamelles avaient augmenté graduellement de volume;

que la respiration était gênée parfois, et que les membres abdominaux, surtout les pieds et les jambes, étaient tuméfiés depuis trois mois; du reste, la femme disait n'avoir ressenti aucune douleur; elle avait éprouvé par momens une soif ardente, et elle urinait beaucoup moins depuis quelque temps.

Nous avons procédé à la visite: l'abdomen, très-volumineux, était uniformément distendu, il ne s'élevait pas en s'arrondissant du côté du nombril, et ne laissait pas une sorte de vide du côté des reins; on a reconnu par le toucher que le col et le corps de l'utérus offraient le volume, la situation et la forme qu'ils présentent dans l'état de vacuité, si ce n'est qu'il y avait une échancrure au côté gauche du col; on ne déterminait point de ballottement en soulevant cet organe avec le doigt; le stéthoscope appliqué à plusieurs reprises sur différens points de l'abdomen, ne faisait entendre ni battemens ni pulsations *placentaires*. La femme ayant été couchée sur le dos, la tête élevée et les cuisses fléchies, on a senti en appliquant une main sur un des côtés de l'abdomen, et en frappant avec l'autre sur le côté opposé, une fluctuation manifeste; du reste madame *** n'éprouvait aucune douleur, mais elle était tourmentée par une soif ardente; l'urine était rare et fortement colorée; les membres abdominaux et les parties génitales étaient le siége d'une infiltration séreuse très-marquée.

Ces faits nous permettent d'établir que madame *** n'est pas enceinte de huit mois; que les effets qu'elle rapporte à une grossesse aussi avancée dépendent au contraire d'une hydropisie ascite; que cependant il

est impossible d'affirmer qu'elle n'est pas enceinte depuis quinze, trente, ou quarante jours. En foi de quoi, etc.

Sixième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre nous avons trouvé madame N. alitée, se disant enceinte de six mois; on nous a déclaré que les règles avaient cessé de couler depuis cette époque, et qu'elle avait presque toujours éprouvé un sentiment de gêne et de pesanteur dans le bassin; que le ventre n'avait grossi que d'un côté, et que son élévation avait souvent donné lieu à des douleurs vives; qu'elle avait senti remuer l'enfant vers la fin du quatrième mois, et que depuis lors elle n'avait aperçu aucune espèce de mouvement.

Nous avons procédé à la visite, et nous avons reconnu vers la fosse iliaque droite une tumeur mobile arrondie; la région correspondante de l'autre côté de l'abdomen était beaucoup moins tuméfiée; l'utérus était déjeté à gauche; il offrait à peu près un volume double de celui qu'il présente chez les femmes qui ne sont pas enceintes; son orifice souple et allongé étant ouvert, on a introduit la main dans la cavité de la matrice, dans laquelle il n'y avait point de fœtus; en poussant tour à tour de bas en haut les parois du vagin et de l'intestin rectum, on déterminait des mouvemens de ballottement non équivoques. Le stéthoscope, appliqué sur plusieurs parties de l'abdomen, ne permettait pas de distinguer des battemens ni des pulsations; du reste la femme éprouvait des douleurs vives dans toute la partie inférieure de l'abdomen, et une soif excessive; la cha-

leur de la peau était âcre, la fièvre considérable; il y avait insomnie, perte de l'appétit, et parfois diarrhée.

Ces faits nous permettent de conclure que la femme est enceinte, et que la grossesse est extra-utérine.

DOUZIÈME LEÇON.

De l'accouchement.

L'article 341 du Code civil est ainsi conçu : « La recherche de la maternité est admise. L'enfant qui réclamera sa mère sera tenu de prouver qu'il est identiquement le même que l'enfant dont elle est accouchée. »

Indépendamment de cet article, qui réclame évidemment le ministère de l'homme de l'art pour savoir si une femme est accouchée, il en est d'autres tirés du Code pénal, dont nous parlerons plus loin et qui sont relatifs à l'exposition, à la suppression, à la substitution, à la supposition de part, à l'avortement et à l'infanticide.

Voici les objets que nous nous proposons de traiter dans ce chapitre : 1° Comment reconnaître qu'une femme est récemment accouchée? 2° Quelle est l'époque où il n'est plus permis de trouver des traces d'un accouchement récent? 3° Peut-on établir qu'une femme est accouchée, lorsqu'il n'existe plus de traces d'un accouchement récent? 4° Est-il possible qu'une femme accouche sans s'en apercevoir? 5° L'accouchement se fait-il toujours à la même époque de la grossesse, ou bien y a-t-il des *naissances tardives* et *précoces*? 6° La superfétation est elle possible?

Comment reconnaître qu'une femme est récemment accouchée ?

La solution de cette question repose sur la connaissance des phénomènes qui suivent l'accouchement, tels que la délivrance, l'écoulement des lochies, les douleurs des parties sexuelles et des articulations du bassin, les changemens qui y surviennent et ceux qui s'opèrent dans la position des viscères, et notamment de l'utérus, la fièvre de lait, quelquefois les tranchées, etc.

La *délivrance*, regardée par les accoucheurs comme faisant partie de l'accouchement, doit être considérée en médecine légale comme un phénomène à part; en effet s'il est vrai que dans la plupart des cas l'expulsion du délivre a lieu peu de temps après la sortie du fœtus, il arrive aussi que plusieurs heures et même plusieurs jours peuvent s'écouler avant que l'arrière-faix ne soit expulsé. Lorsque par suite des contractions de l'utérus le délivre est détaché, décollé de la surface interne de la matrice, et qu'il est tombé sur le col de ce viscère, on sent entre le pubis et l'ombilic une tumeur globuleuse qui durcit et diminue de volume à chaque douleur que la femme éprouve par suite des nouvelles contractions de la matrice; si on introduit alors le doigt dans le vagin, on trouve le placenta à l'orifice de l'utérus, et l'on voit qu'il affecte la forme d'un cul de lampe ou d'un bec de pot, suivant la partie par laquelle il s'est décollé. Plus tard le col de l'utérus qui était revenu sur lui-même se dilate, descend dans le vagin et pèse sur

la partie inférieure du rectum, ce qui engage la femme à pousser en avant pour chasser le délivre hors de la vulve. Il arrive souvent que le placenta après son décollement s'applique sur l'orifice interne de l'utérus et le bouche tellement qu'il empêche l'issue du sang; dans d'autres circonstances le décollement des bords du placenta se fait assez vite pour que l'écoulement du sang puisse avoir lieu aussitôt après ce décollement, et bien avant l'expulsion du délivre.

Écoulement des lochies. On sait qu'après la délivrance et l'issue du flot de sang qui l'accompagne tout écoulement est suspendu; mais bientôt après la femme perd du sang pur; cet écoulement sanguin, d'une odeur fade, dure *ordinairement* deux jours, quoique la consistance du sang soit moins grande et sa couleur moins foncée à mesure qu'on approche de la fin du deuxième jour: à cette époque la matière prend une teinte roussâtre. Du troisième au quatrième jour elle devient verdâtre; son odeur est semi-putride, ce qui paraît tenir à la décomposition et à la fonte des lambeaux de la membrane caduque (épichorion de Ch.) qui étaient restés dans l'utérus; quelquefois l'odeur fétide dépend aussi de la putréfaction de quelque caillot de sang; il n'est pas rare alors de voir les lochies prendre une couleur noirâtre. Du quatrième au cinquième jour, l'écoulement acquiert une couleur d'un blanc jaunâtre semblable à celle du pus ou du lait; son odeur, qui provient des mucosités qu'elle entraîne, a été comparée à celle d'un civet de lièvre et à celle de l'huile de poisson, par *Loder;* d'autres l'ont regardée comme caractéristique de l'accouchement et l'ont désignée sous le nom de *gra-*

vis odor puerperii. Cet écoulement diminue par degrés et continue ordinairement pendant un mois ou six semaines; à la vérité il est difficile de fixer la durée de ces *lochies laiteuses* ou *purulentes*, parce que l'on a souvent de la peine à les distinguer des flueurs blanches auxquelles beaucoup de femmes sont sujettes après l'accouchement, et qui peuvent se prolonger pendant long-temps. *La fièvre de lait* a le plus souvent lieu quarante-huit heures après l'accouchement; alors l'écoulement est supprimé ou diminué; il reparaît lorsque la fièvre a cessé.

Quelquefois les lochies sont sanguinolentes pendant plusieurs jours; souvent dans le cours des premières semaines, et même de tout le premier mois, on voit le sang qui avait cessé de faire partie de la matière de l'écoulement, reparaître de temps à autre, ce qui tient à des écarts de régime, à la faiblesse des vaisseaux utérins, ou à la largeur contre nature de quelques-uns d'entre eux. On a vu, rarement à la vérité, des femmes n'avoir pas de lochies; chez d'autres l'écoulement se supprime dès le deuxième ou le troisième jour, par suite d'une irritation quelconque, et l'on peut voir, après avoir combattu cette irritation par les moyens antiphlogistiques, du sang pur couler pendant huit ou dix jours.

Quelque grandes que soient les variétés que présente l'écoulement des lochies, il ne doit pas moins en être considéré comme un des signes les plus importans de l'accouchement : en effet il existe le plus souvent tel que nous l'avons décrit d'abord; il est doué d'une odeur particulière, et il est en général accompagné d'un

afflux de lait aux mamelles; tandis que les pertes en rouge ou en blanc que l'on peut remarquer chez les femmes qui ne sont pas en couches, n'offrent point l'odeur dont nous parlons, et produisent ordinairement le relâchement et la flétrissure des seins.

État des parties sexuelles et des articulations du bassin. On observe après l'accouchement chez une femme primipare, ou lorsqu'il y a une disproportion marquée entre le volume de la tête du fœtus et les parties génitales, que la vulve est fort dilatée, que les grandes et les petites lèvres, la fourchette, le vagin, etc., sont tuméfiés, rouges ou violets, contus et foulés : quelquefois on y remarque des déchirures; le bord antérieur du périnée peut également être déchiré, et dans des circonstances assez rares la lésion est telle que l'anus et le vagin ne forment plus qu'une seule ouverture; dans le plus grand nombre de cas la fourchette est rompue après le premier accouchement. Le vagin est dilaté, phénomène que l'on peut remarquer aussi chez les personnes qui ne sont pas accouchées, et dont les parties sont habituellement abreuvées par des flueurs blanches, ou qui ont un relâchement de matrice. Les articulations du bassin sont douloureuses, et le sommet du coccyx refoulé en arrière; aussi la femme éprouve-t-elle beaucoup de difficulté à s'asseoir. Huit ou dix jours après l'accouchement, les organes dont nous parlons ne sont plus douloureux, à moins que la lésion n'ait été grave; alors ils sont pâles et blafards; les rides du vagin ont reparu. S'il est vrai que l'expulsion d'un débris du produit de la conception, d'un polype, d'une concrétion sanguine, puisse occa-

sioner un délabrement analogue des parties génitales externes, il est également certain que, dans la plupart des cas, ces substances ne font qu'effleurer les organes de la génération sans en changer la forme ni le volume.

État de l'utérus, des viscères abdominaux, de la peau et des muscles de l'abdomen. On peut, à l'aide d'une main placée sur l'hypogastre, tandis qu'avec le doigt indicateur de l'autre on repousse en haut le col de la matrice, sentir, pendant quelques jours après l'accouchement, le corps de l'utérus au-dessus du pubis : ce signe est plus facile à apprécier chez les personnes maigres et chez celles dont la grossesse était plus avancée. Au bout de quelques jours les parois de l'utérus offrent plus d'un pouce d'épaisseur ; il pèse alors ordinairement d'une livre et demie à deux livres (*voyez* p. 186), et reprend sa place dans la cavité pelvienne ; ses vaisseaux redeviennent tortueux.

Ce n'est guère qu'au bout de deux mois qu'il a perdu l'excès de son volume, de sa pesanteur et de sa mollesse; il reste même plus gros, plus pesant et plus mou après plusieurs accouchemens. L'*orifice* est fort dilaté après l'accouchement, et permet l'introduction dans la matrice d'un ou de deux doigts; ses bords minces et flasques sont pendans dans le vagin; il revient ensuite sur lui-même et reprend sa forme labiée; ses lèvres, surtout la postérieure, conservent plus de longueur et d'épaisseur qu'avant la grossesse; elles sont aussi plus écartées et présentent des inégalités ou des échancrures, si elles ont éprouvé quelque déchirure lors du passage du fœtus. Les changemens de volume et d'épaisseur du col de l'utérus, dont il vient d'être

fait mention, ne sont pas, il est vrai, tellement caractéristiques de l'accouchement que l'on puisse d'après eux conclure qu'il a eu lieu; en effet le squirrhe, les corps fibreux, etc., peuvent augmenter les dimensions de la matrice; l'expulsion des débris de l'œuf, de concrétions sanguines, etc., peut occasioner des changemens dans la forme et dans la structure du col; mais en général l'altération de cette partie n'est jamais aussi marquée qu'après l'accouchement.

L'*épiploon* et les *intestins* redescendent occuper leur place naturelle. Les deux feuillets du péritoine qui forment les ligamens larges et qui avaient été entraînés avec le fond de l'utérus se rapprochent; les ligamens ronds se raccourcissent; la *peau de l'abdomen*, qui avait été singulièrement distendue, revient sur elle-même et se ride; on voit surtout dans l'espace compris entre les aines et l'ombilic, de petites éraillures ou des stries luisantes, d'abord livides, qui ensuite deviennent blanchâtres et qui ressemblent à des cicatrices; elles sont entrecroisées en différens sens et ne s'effacent jamais complètement. On remarque aussi une ligne brunâtre qui du pubis se dirige vers l'ombilic. Les *muscles droits de l'abdomen* et la *ligne médiane* présentent un écartement marqué : observons toutefois que la flaccidité et les plis du bas-ventre peuvent être la suite de l'amaigrissement ou de la déplétion de l'abdomen après une hydropisie, qu'ils seront peu marqués chez des femmes jeunes et robustes, surtout lorsque le fœtus était peu volumineux ou qu'il n'était pas à terme, enfin qu'ils peuvent dépendre d'un accouchement ancien.

La *fièvre de lait* paraît ordinairement quarante-huit heures après l'accouchement ; elle est caractérisée par des élancemens dans les seins, qui ne tardent pas à se tuméfier et à durcir ; ce gonflement, qui n'est jamais plus considérable que vers le déclin de la fièvre, peut être assez marqué pour faire craindre que la peau ne se crevasse, et pour gêner la respiration. La femme éprouve une lassitude universelle, des pesanteurs et des douleurs de tête, et des picotemens sur toutes les parties du corps ; le pouls est fréquent et fort. La sécrétion du lait s'établit ; un fluide séreux s'écoule par le mamelon et inonde la chemise ou la garniture du sein ; la maladie se termine par une sueur d'une odeur aigre. La durée de cette fièvre n'est le plus souvent que de vingt-quatre ou de trente-six heures ; elle se prolonge quelquefois pendant plusieurs jours ; en général, comme nous l'avons déjà dit, les lochies sont supprimées ou considérablement diminuées tant qu'elle existe ; enfin il importe de savoir que loin d'être un phénomène constant de l'accouchement, la fièvre de lait peut ne pas s'observer chez certaines femmes récemment accouchées.

La présence du lait aux mamelles, considérée isolément, ne peut être regardée comme preuve d'un accouchement récent, car on a vu des filles et des femmes qui n'étaient pas récemment accouchées allaiter des enfans ; on sait même que des individus du sexe mâle ont présenté quelquefois ce phénomène. Cependant comme les exemples de ce genre sont fort rares, et que d'ailleurs il n'est pas commun de voir les seins gonflés et fournissant une humeur laiteuse, à la suite d'une

hémorrhagie et d'une hydropisie utérine, de l'expulsion des débris d'un œuf, etc., on ne doit pas regarder le caractère dont il s'agit comme indifférent.

Les *tranchées utérines* reconnaissent pour cause des caillots de sang placés sur l'orifice des gros vaisseaux, ou la dilatation de l'orifice interne de l'utérus, au moment où ces caillots se présentent pour franchir cet orifice. On les distingue des autres douleurs parce qu'elles reviennent à des intervalles assez grands et réguliers, à la dureté qu'acquiert le globe utérin chaque fois qu'elles se manifestent, et à ce qu'elles sont suivies de l'expulsion de quelques caillots ou d'un liquide. Les femmes qui accouchent pour la première fois en ont rarement, parce que chez elles les contractions de la matrice ayant été plus fortes, cet organe se trouve dégorgé lorsque l'accouchement a eu lieu. Chez les autres femmes elles commencent peu d'instans après la délivrance et continuent pendant deux ou trois jours.

On observe quelquefois à la suite de l'accouchement l'hémorrhagie utérine, la syncope, les convulsions, l'introversion de l'utérus, la suppression et l'incontinence d'urine, la chute du fondement, etc.; mais ces maladies ne doivent pas nous occuper ici, parce qu'elles ne se manifestent pas habituellement.

Après avoir examiné les principaux phénomènes qui suivent l'acccouchement, nous pouvons établir, 1° qu'aucun des signes mentionnés, pris isolément, ne suffit pour affirmer qu'il y a eu ou non accouchement récent; 2° que leur ensemble permet d'établir une conclusion parfaitement fondée; 3° qu'il est beaucoup plus facile de constater l'accouchement lorsque la femme est

primipare et que le fœtus est presque à terme, ou à terme; 4° que le diagnostic sera d'autant plus facile que l'exploration de la femme aura lieu peu de temps après l'accouchement, parce que plusieurs des caractères indiqués s'affaiblissent et finissent par disparaître au bout de quelques jours; 5° que l'homme de l'art chargé de donner son avis sur une question de ce genre, doit s'enquérir de tout ce qui a précédé: il cherchera, par exemple, à connaître si la femme n'était point réglée depuis long-temps, si le ventre ne s'est pas affaissé tout à coup, etc.

Quelle est l'époque où il n'est plus permis de trouver des traces d'un accouchement récent?

Il est impossible de préciser cette époque, parce que le délabrement des organes génitaux peut avoir été plus ou moins considérable, et que la constitution de la femme influe singulièrement sur le moment où les traces de ce délabrement disparaîtront. *Zacchias*, *Albert*, *Bohn* et la plupart des médecins français admettent que ce terme s'étend jusqu'au dixième jour; ils prescrivent de faire la visite au plus tard une semaine après l'accouchement, parce qu'elle deviendrait inutile s'il s'était déjà écoulé plusieurs semaines. Il est vrai que dans la plupart des cas où l'homme de l'art examine la femme après le dixième jour de l'accouchement, il obtient peu de lumières; mais comme il n'est pas démontré qu'il ne puisse pas en être autrement, nous nous garderons bien de proclamer que la visite faite après le dixième jour n'est d'aucune valeur; il peut se présenter telle circonstance où les traces de l'accouche-

ment soient plus sensibles au quinzième jour qu'elles ne l'étaient chez une autre femme au huitième.

Peut-on établir qu'une femme est accouchée, lorsqu'il n'existe plus de traces d'un accouchement récent?

Le fait suivant prouve que la question qui nous occupe n'est point oiseuse. Une jeune personne simule la grossesse et se dit enceinte dans l'espoir d'épouser son amant; vers le neuvième mois, elle tache son lit et le linge qu'elle avait sur le corps avec du sang de bœuf, et reste couchée pendant plusieurs jours pour faire croire qu'elle est accouchée. Une dispute s'élève entre elle et son amant, et au bout de deux ans celui-ci réclame l'enfant dont il croit être le père; la jeune personne refuse de le produire, et est aussitôt accusée de suppression de part. Appelée devant le juge d'instruction du département de la Seine, elle base sa défense sur ce qu'elle n'est jamais accouchée, ce qui fut constaté par MM. Capuron, Maygrier et Louyer-Villermay, qui furent chargés de la visiter. (*Capuron*, Médecine légale, relative à l'art des accouchemens.)

S'il est très-difficile dans certains cas de reconnaître un accouchement récent, combien la difficulté ne sera-t-elle pas grande lorsqu'il se sera déjà écoulé beaucoup de temps! Les caractères qui pourront servir à résoudre cette question sont, 1° les rides du ventre qui sont ineffaçables; 2° quelquefois l'écartement des muscles droits de l'abdomen vers la région ombilicale, ce qui donne une plus grande largeur à cette portion de la ligne médiane; 3° dans certains cas une cicatrice qui atteste

la déchirure du périnée, et une ou plusieurs échancrures au col de l'utérus. Mais ces caractères ne permettent point d'affirmer que l'accouchement a eu lieu; ils peuvent le faire présumer : leur absence au contraire sert à établir que la femme n'est jamais accouchée.

Est-il possible qu'une femme accouche sans le savoir?

Les douleurs produites par les contractions de la matrice, surtout au moment où la tête de l'enfant franchit l'orifice de l'utérus, sont tellement vives, que l'on a de la peine à concevoir que dans aucun cas l'accouchement puisse avoir lieu à l'insu de la femme; il en est pourtant ainsi, et des faits assez nombreux que nous rapporterons plus bas, nous forcent à admettre qu'une femme peut accoucher sans le savoir si elle est idiote, ou si elle est complétement ivre, ou sous l'influence de poisons stupéfians énergiques; l'apoplexie, le délire, la syncope sont encore des états qui peuvent empêcher la mère de conserver le souvenir de l'accouchement : toutefois comme les femmes ne manqueront pas dans plusieurs circonstances de baser leur défense sur le fait dont nous parlons, il importe que l'homme de l'art n'en établisse le possibilité qu'autant qu'il sera convaincu que la situation de l'accusée était telle qu'il n'y avait plus chez elle de sensibilité de perception. Voici des observations à l'appui de ce que nous venons d'avancer :

1° Hippocrate rapporte que la femme d'*Olympias* parvenue au huitième mois de sa grossesse fut atteinte d'une fièvre aiguë; au cinquième jour elle était dans

un état de mort apparente, et accoucha sans donner la moindre preuve de sentiment.

2° La comtesse de Saint-Géran fut empoisonnée par un breuvage stupéfiant qui détermina un assoupissement profond, pendant lequel elle accoucha d'un garçon; étonnée à son réveil de se voir baignée dans son sang, de la diminution de volume du ventre, et de l'épuisement dans lequel elle était, elle demanda l'enfant qu'on lui avait soustrait. (Recueil de causes célèbres, t. 26.)

3° Une femme enceinte est regardée comme morte depuis deux heures. Rigaudeaux l'examine et ne peut parvenir à sentir les pulsations du cœur ni des artères; la bouche est écumeuse, le ventre très-enflé, l'orifice de l'utérus fort dilaté, la poche des eaux formée; il se décide à retourner l'enfant et l'amène par les pieds; on le croit mort; mais des soins attentifs prodigués pendant trois heures et demie environ le raniment; cependant la mère, examinée une seconde fois par Rigaudeaux, ne donne aucun signe de vie; mais, comme les membres ne présentent aucune raideur, quoique sept heures se soient écoulées depuis le moment où l'on croit la femme morte, il défend de l'ensevelir, et prescrit plusieurs moyens. Deux heures et demie après on vient lui annoncer que la femme est ressuscitée. (Journal des savans, janvier 1749.)

L'accouchement se fait-il toujours à la même époque de la grossesse, ou bien y a-t-il des naissances tardives et précoces?

Cette question a été la source de débats célèbres; les opinions des médecins les plus illustres ont été divisées, et l'on a vu chacun apporter en faveur du parti qu'il soutenait, des faits et des raisonnemens plus ou moins spécieux: aussi jusqu'à l'époque où la législation nouvelle a adopté la disposition du droit romain et celle des douze tables, les jurisconsultes ont-ils marché d'un pas incertain, et basé leurs jugemens sur des considérations sociales, étrangères à la médecine. Ici un enfant est déclaré légitime quoique né douze mois trois jours après la mort du mari, parce que la conduite de la mère est irréprochable; là au contraire un autre enfant né dix mois quatre jours après la mort du mari est jugé bâtard à cause de la mauvaise réputation de la femme; plus loin on regarde un enfant comme légitime, quoiqu'il soit né onze mois après l'absence du mari, parce que celui-ci n'était pas dans l'impossibilité de communiquer avec la mère, etc.

Quel avantage retirerions-nous de l'exposition détaillée des argumens et des faits nombreux consignés dans les auteurs, soit en faveur, soit contre les naissances prématurées et tardives? Qu'il nous suffise d'établir, 1° que des enfans peuvent naître *naturellement* et sans *accident*, avant le neuvième mois de la grossesse; 2° que la possibilité des naissances, passé le neuvième mois, ne peut plus être contestée, et qu'il est même

difficile de ne pas admettre qu'elles aient lieu dans certains cas plusieurs jours après le trois-centième jour révolu; 3° qu'il en est de même pour une foule de femelles d'animaux que M. Tessier, membre de l'Académie des sciences, a soumises pendant plusieurs années à un examen attentif (1). D'ailleurs la législation actuelle a tranché toutes les difficultés, comme on peut le voir par les articles suivans :

« Le mari pourra désavouer l'enfant, s'il prouve que

---

(1) *Vaches*, 160 *observées*.

14 ont donné leur veau du 241e au 266e jour, c'est-à-dire dans l'espace du 8e mois au 8e mois 26e jour.
3 le 270e jour.
50 du 270e au 280e jour.
68 du 280e au 290e jour.
20 le 300e jour.
5 le 308e jour (38 jours au-delà du terme de 9 mois).

} 67 jours entre les deux extrêmes.

Jumens, 102 *observées*.

3 ont pouliné le 311e jour.
1 a pouliné le 314e jour.
1 *idem* le 325e jour.
1 *idem* le 326e jour.
2 ont pouliné le 330e jour.
47 *idem* de 340 à 350 jours.
25 *idem* de 350 à 360 jours.
21 *idem* de 350 à 377 jours.
1 a pouliné à 394 jours.

} Ce qui donne une latitude de gestation de quatre-vingt-trois jours.

L'observation de treize truies et de cent trente-neuf lapines a fourni des résultats analogues.

pendant le temps qui a couru depuis le trois-centième jusqu'au cent quatre-vingtième jour avant la naissance de cet enfant, il était, soit par cause d'éloignement, soit par l'effet de quelque accident, dans l'impossibilité physique de cohabiter avec sa femme. » (Code civil, art. 312.) « L'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivans : 1° s'il a eu connaissance de la grossesse avant le mariage ; 2° s'il a assisté à l'acte de naissance, et si cet acte est signé de lui, ou contient sa déclaration qu'il ne sait signer ; 3° si l'enfant n'est pas déclaré viable. » (Code civil, art 314.) « La légitimité de l'enfant né trois cents jours après la dissolution du mariage, pourra être contestée. » Code civil, art. 315.)

Il est évident d'après les articles 312 et 314, que les naissances prématurées qui arrivent au moins cent quatre-vingts jours après le mariage (six mois environ), sont regardées comme légitimes ; il résulte aussi de l'art. 315, que la naissance sera illégitime s'il est prouvé qu'elle a eu lieu trois cents jours révolus après la dissolution du mariage (dix mois environ). Cette dernière conséquence ne paraîtra pas d'abord aussi rigoureuse, parce que l'art. 315 n'est pas aussi précis qu'il aurait pu être ; en effet, il est dit : que la légitimité *pourra* être contestée ; mais il est évident que le législateur a entendu que l'enfant né trois cents jours révolus après la dissolution du mariage, pourrait être considéré comme légitime si personne ne réclamait contre son état, mais qu'on devrait le déclarer illégitime dès qu'il y aurait une réclamation fondée sur des preuves non équivoques : telle est du moins la manière dont

cet article a été presque toujours interprété par les tribunaux.

Admettons cependant que dans certains cas particuliers, le magistrats, s'appuyant de ce que l'art. 315 n'est pas assez clair, soient portés à reconnaître l'enfant né trois cents jours révolus après la dissolution du mariage, l'homme de l'art pourra être consulté pour apprécier la valeur des motifs allégués par la femme. Cette supposition n'a rien de choquant, puisqu'en 1808, dans l'affaire de *Catherine Bérard*, veuve de *François Chapelet*, un tribunal avait reconnu la légitimité d'un enfant né trois cent dix-huit jours après la mort du père, et que la Cour d'appel de Grenoble ne le déclara illégitime qu'à la *majorité d'une voix*.

Quelle sera la conduite du médecin dans cette circonstance? Adoptera-t-il que les naissances tardives les mieux constatées ont si rarement outrepassé un an, que ce terme soit le plus long qui puisse se présenter, ou bien que les femmes d'un tempérament lymphatique, habituellement faibles et par conséquent plus disposées à éprouver des secousses physiques et morales, pourront accoucher plus tard que les autres? Tiendra-t-il compte de l'influence que les passions ont pu exercer sur la mère, et attribuera-t-il le retard dans l'accouchement aux chagrins qu'elle a essuyés, ou bien s'appuiera-t-il de l'existence d'une maladie qui, en dérangeant les fonctions de l'utérus, recule indéfiniment l'époque de l'accouchement? On sent facilement le vague et l'incertitude de pareilles considérations. Le fait suivant est le seul sur lequel il puisse être permis d'établir *quelques conjectures*. Il est rare que les femmes qui

sont accouchées plus ou moins long-temps après le terme ordinaire de la naissance, n'aient pas éprouvé au neuvième mois des douleurs semblables à celles de l'enfantement.

La force et la grosseur du fœtus peuvent venir à l'appui des naissances tardives sans pourtant les mettre hors de doute ; mais on aurait tort de regarder la faiblesse de l'enfant comme une preuve du contraire, puisque son développement peut avoir été contrarié par une foule de causes qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier.

La superfétation est-elle possible, c'est-à-dire doit-on admettre qu'une femme qui a conçu puisse être fécondée de nouveau, avant d'avoir expulsé le fruit de la première conception?

Cette question, sur laquelle les médecins les plus recommandables ont émis des opinions qui ne s'accordent guère, nous paraît offrir la matière de deux problèmes qu'il importe d'examiner séparément, si l'on veut arriver à une solution satisfaisante.

A. La superfétation est-elle possible 1° chez les femmes et les animaux doués d'un utérus double? 2° dans les cas de grossesse extra-utérine préexistente? 3° lorsque la nouvelle conception a lieu quand le premier germe fécondé n'occupe pas encore la cavité de la matrice?

B. La superfétation est-elle possible dans tout autre cas?

Premier problème. Il peut y avoir superfétation dans

les trois circonstances qui font l'objet de la première question. Les faits suivans déjà cités par le docteur Cassan, qui a soutenu la même opinion, et que nous aurions pu multiplier, mettent cette proposition hors de doute (1). 1° *Superfétation dans un cas d'utérus double.* Une femme de quarante ans, déjà mère d'un premier enfant, accoucha le 15 mars 1810, d'une petite fille estimée du poids de quatre livres. L'abdomen conservant un volume assez considérable, après la délivrance, madame Boivin, qui l'assistait de ses soins éclairés, soupçonnant quelque corps étranger resté dans la matrice, *en parcourut la cavité déjà très-resserrée, sans y rien rencontrer.* En agitant doucement cette tumeur, qui se prononçait à droite, et qui était plus élevée que celle qui était formée par l'utérus, le col de la matrice suivait les mouvemens qui lui étaient imprimés. Pendant deux mois cette dame éprouva dans cette tumeur des mouvemens qu'il était aisé de sentir. Madame Boivin se livrait aux conjectures d'une grossesse extra-utérine, ou d'une superfétation *dans un utérus bilobé*, quand le 12 mai, cette femme mit au monde une fille, du poids présumé de trois livres, faible, décolorée et respirant à peine. Cette personne qui depuis fort long-temps ne cohabitait plus avec son mari, assura madame Boivin qu'elle n'avait eu de rapports que trois fois en deux mois avec son mari, les 15 et 20 juillet 1809 et le 16 septembre suivant. Il est évident

---

(1) *Cassan*, Recherches sur les cas d'utérus double et de superfétation. Dissertation inaugurale; Paris, 1826.

qu'ici le produit de la dernière conception était renfermé dans une cavité séparée de la première, puisque après l'entière délivrance du premier produit, *la cavité était complètement libre.*

2° *Superfétation dans deux cas de grossesse extra-uterine.* On lit dans le Magasin des sciences médicales de *Rust* (Part. histor., 1756, p. 52) l'histoire d'une grossesse extra-utérine abdominale qui dura trois ans, pendant lesquels la femme conçut et mit au monde un enfant bien constitué : des accidens très-graves ayant fait reconnaître enfin la présence d'un fœtus dans la cavité abdominale, la gastrotomie fut pratiquée, et donna issue à un autre enfant qui avait été viable, mais dont le séjour prolongé dans le sein de sa mère avait amené la putréfaction partielle : la malade guérit. — Le N° de décembre 1818, du Nouveau Journal de médecine, renferme le fait suivant : Le docteur *Cliet*, de Lyon, faisant l'ouverture d'une femme de trente ans, qui avait eu précédemment plusieurs enfans, et qui était morte subitement peu de temps après avoir vomi ce qu'elle venait de manger, trouva accroupi derrière la matrice, un peu du côté droit, dans l'excavation du bassin et et dans la fosse iliaque droite, un fœtus extra-utérin, du sexe masculin, du poids de cinq onces cinq gros, long de huit pouces et demi, et dont l'âge fut évalué à cinq mois. L'utérus contenait un deuxième fœtus, du sexe mâle, d'environ trois mois.

3° *Superfétation dans le cas où la nouvelle conception a lieu, quand le premier germe fécondé n'occupe pas encore la cavité de la matrice.* — Une femme de Charlestown, dans la Caroline méridionale, accoucha de

deux jumeaux, l'un nègre et l'autre blanc ; interpellée sur la cause de cette bizarrerie, elle avoua avoir accordé ses faveurs à un nègre, un jour que son mari venait de la quitter et de la laisser dans son lit. (*Parsons*, Transactions philosophiques, 1745.) — Une négresse de la Guadeloupe mit au monde deux enfans mâles à terme, l'un nègre, l'autre mulâtre. Elle avoua avoir eu, dans la même soirée, commerce avec un noir et un blanc. (Ch. de Bouillon ; Bull. de la Société de méd., 1821.) (1) — Une jument poulinière, âgée de cinq ans, est accouchée à un quart d'heure l'un de l'autre, d'abord d'un cheval, puis d'un mulet ; elle avait été saillie audit lieu par un cheval, et cinq jours après par un âne. (Académie royale de médecine, août 1826.)

---

(1) L'authenticité de ce fait et de celui qui a pour objet la femme de Charlestown a été révoquée en doute, parce qu'il est difficile lors de la naissance de distinguer un enfant blanc d'un mulâtre. « Les individus des races colorées, dit Béclard, et même les nègres naissent à peu près de la même couleur que les blancs. La couleur commence à se manifester dès que l'enfant respire, mais surtout vers le troisième jour après la naissance. » Anat. gén., §. 320.) Le Dr Cassan a reconnu l'exactitude de cette citation en suivant les progrès de la coloration d'un enfant nègre qui venait de naître ; toutefois il lui a été facile d'observer même au moment de la naissance que la peau du scrotum était noire. Il est probable, d'après ce qui précède, que dans les deux cas dont il s'agit, on aura pu soupçonner au moment de la naissance que les enfans seraient colorés, mais que ce n'est qu'après quelques jours qu'on en aura acquis la certitude.

Deuxième problème. 1° *La superfétation est-elle possible chez les femmes dont l'utérus n'est pas double ;* 2° *dans les cas où il n'y a pas de grossesse extra-utérine;* 3° *lorsqu'enfin la nouvelle conception ne pourrait avoir lieu que quand le premier germe fécondé occuperait la cavité de la matrice.* — Les opinions des auteurs sont loin de s'accorder sur ce point; les uns nient que la superfétation puisse avoir lieu dans aucun de ces cas, et le docteur Cassan est de ce nombre; les autres admettent qu'elle n'est pas impossible. Ceux-ci s'appuient entre autres faits des observations suivantes :

1° Benoîte Franquet, femme mariée, accouche précipitamment d'un enfant de sept mois; il ne se fait aucun écoulement par le vagin : on n'observe ni fièvre ni sécrétion de lait, ni diminution sensible du volume du ventre. Au bout de trois semaines, la femme éprouve des mouvemens sensibles, qui paraissent indiquer qu'il existe un autre enfant; en effet, elle accouche d'un second enfant *bien portant* cinq mois seize jours après le premier accouchement. Or ce dernier enfant n'a pu être conçu après l'accouchement du premier, puisque le mari n'a habité avec sa femme que vingt jours après l'expulsion du premier enfant, ce qui ne donnerait au dernier que quatre mois vingt-sept jours. Ce fait que M. Desgranges, de Lyon, a bien voulu nous transmettre, a été constaté par un acte passé le 19 janvier 1782, par devant MM. Caillat et Dusurgey, notaires à Lyon.

2° Marianne Bigaud, infirmière à l'Hôpital militaire de Strasbourg, âgée de trente-sept ans, mariée, mit au monde le 30 avril 1748, un enfant vivant, viable.

L'accouchement fut si prompt et si heureux, qu'au bout d'une heure elle sortit de chez la sage-femme, emportant avec elle son enfant, et regagna son domicile; les lochies s'arrêtèrent peu de temps après l'accouchement, ce dont elle s'étonna d'autant plus, qu'elles avaient été très-abondantes dans deux couches précédentes. Au bout de quarante heures elle fit part à la sage-femme de mouvemens qu'elle ressentait dans l'utérus; celle-ci la tranquillisa et la rassura sur une nouvelle couche. Les mamelles, quoique naturellement développées, ne causaient aucune incommodité et ne donnaient pas de lait. Cette femme fut obligée, le quinzième jour, de confier son enfant à une nourrice. Cependant le dégoût pour les alimens, les nausées, tous les signes enfin d'une grossesse l'inquiétaient et la rendaient de plus en plus certaine qu'elle portait un autre enfant dans son sein. Sa santé se dérangea, puis finit par se rétablir. Son ventre augmentant de plus en plus de volume, un accoucheur distingué l'assura après l'avoir touchée, qu'elle était enceinte de plusieurs mois. Le 17 septembre de la même année, elle mit au monde une fille vivante, jugée à terme par la conformation de ses membres et les proportions de son corps. Les lochies cette fois furent abondantes; il en fut de même du lait. La fille mourut au bout d'un an pendant le travail de la dentition. Le garçon ne vécut que deux mois et demi. *Eisenmann*, qui a cité cette observation et qui vit les enfans à leur naissance, observa que le garçon n'était pas si grand ni si fort que la fille. Cette femme, qui dans la suite eut encore deux couches, mais naturelles, étant morte d'une maladie aiguë en 1755, son

corps fut ouvert publiquement et l'*utérus trouvé absolument simple.* (Cassan, Dissert. déjà citée.)

Les adversaires de la superfétation ont objecté 1° que l'on avait admis la superfétation quand il n'y avait que grossesse double, c'est-à-dire lorsque deux fœtus, conçus en même temps, s'étaient bien développés, mais que l'un d'eux était sorti de la matrice avant l'autre; 2° que dans certains cas, deux fœtus ayant été conçus en même temps, l'un d'eux s'était développé jusqu'à terme, tandis que l'autre avait cessé de s'accroître au bout d'un mois ou deux, et que l'expulsion de ces fœtus ayant eu lieu dans des temps différens on avait pu croire, avec une apparence de raison, que le dernier sorti n'avait été conçu qu'après l'autre; 3° qu'il est impossible d'admettre l'imprégnation d'un second ovule long-temps après la fécondation du premier germe, l'orifice interne de l'utérus étant alors fermé par la membrane caduque; 4° que l'observation rapportée par M. Desgranges ne prouve rien puisqu'il n'y a pas eu d'ouverture de cadavre, et qu'il est *infiniment probable* qu'il y avait une duplicité de l'utérus; 5° que le fait relatif à Marianne Bigaud peut être expliqué en supposant que les deux enfans avaient été conçus en même temps, que le garçon était âgé de sept mois lorsqu'il est venu au monde, tandis que la fille était née onze mois dix-sept jours après la conception (*Voyez* l'article des naissances tardives.)

Nous ne pensons pas qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, de donner une solution satisfaisante de ce problème, tout en établissant que la superfétation dans ce cas nous paraît un phénomène difficile

à concevoir, à moins qu'on n'accorde qu'il existe des grossesses dans lesquelles l'orifice de l'utérus reste ouvert et les trompes accessibles, après l'arrivée de l'ovule, ou que la fécondation peut s'opérer sans qu'il y ait absorption du sperme *par les voies connues*.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer en cherchant à résoudre les deux problèmes qui précèdent, nous permettent de conclure que le médecin consulté sur une question de ce genre, doit admettre *la possibilité de la superfétation*, mais il doit déclarer *que dans beaucoup de cas il est extrêmement difficile d'établir qu'elle a eu lieu, les enfans sur-conçus pouvant être facilement confondus avec les avortons ou avec les jumeaux*. Nous savons bien que plusieurs auteurs, et notamment M. Fodéré, ont cherché à éclaircir la question; mais les bases sur lesquelles ils ont fait reposer la solution de ce problème sont souvent inexactes et presque toujours insuffisantes. Voici comment s'exprime le professeur de Strasbourg : « La superfétation est sujette à des règles qui en paraissent inséparables, et qu'il pourra être nécessaire d'avoir rencontrées dans des circonstances analogues pour ne pas être dupe de quelque stratagème : 1° chez les deux femmes qui font le sujet des deux observations précédentes de superfétation, les lochies s'arrêtèrent bientôt après la venue du premier enfant, quoiqu'elles eussent coulé à l'ordinaire dans les couches précédentes ; 2° point de lait aux seins, point de fièvre de lait, quoique les mamelles fussent développées ; 3° elles ont senti remuer et les mêmes mouvemens que durant la grossesse, peu de temps après leur délivrance ; 4° la grosseur du

ventre et tous les symptômes de la grossesse continuèrent; 5° des gens de l'art expérimentés se sont assurés par le toucher de la présence d'un second enfant; 6° à cette seconde délivrance, les lochies ont coulé abondamment, les femmes ont pu nourrir, et elles ont éprouvé d'ailleurs toutes les suites ordinaires de l'enfantement, et pour ainsi dire le complément des fonctions de la maternité; 7° en réfléchissant sur l'époque à laquelle sont venus au monde ces seconds enfans doués de viabilité, ainsi que leurs aînés, on voit que leur origine correspond vers la moitié de la gestation de ces derniers; *qu'ainsi ce n'est guère que du quatrième au sixième mois qu'une sur-conception peut avoir lieu sans nuire à l'existence ni de l'un ni de l'autre fœtus.* A part quelques exceptions, il est assez ordinaire que les jumeaux soient de la même grandeur et de la même grosseur; au contraire dans la superfétation, le dernier conçu est *plus fort* et *plus vigoureux*, parce qu'il a été plus à l'aise, et mieux nourri dans la seconde moitié de la gestation. S'il est vrai que les jumeaux *peuvent* avoir des enveloppes différentes et des placentas entièrement séparés l'un de l'autre, cela pourtant n'est pas *commun*, et il est plus *ordinaire* qu'enveloppés chacun de leurs membranes, ou bien renfermés dans un amnios commun, ils n'aient pour tous qu'un seul et même placenta; tandis que dans la superfétation, chaque enfant est nécessairement séparé et greffé à un placenta particulier. Enfin le *grand intervalle* observé entre les deux actes de ces enfantemens, *prouve à lui seul* que les deux fœtus étaient d'âge différent et n'avaient pas le même degré de maturité. Sans doute il peut arriver, par

la faute de l'accoucheur, que le second enfant jumeau ne vienne au monde que le lendemain ou le sur-lendemain du premier, etc. » (Dictionnaire des sciences médicales, art. *Superfétation.*)

Remarquons d'abord que M. Fodéré fixe l'époque où la sur-conception peut avoir lieu sans nuire à l'existence des fœtus, entre le quatrième et le sixième mois. La Glosse au contraire indique le terme de quarante jours depuis la première conception. Zacchias prolonge ce terme jusqu'au soixantième jour. Hippocrate et Mauriceau estiment que le second enfant ne peut être conçu que six ou sept jours après la première conception. Toutes ces observations sont vagues et démenties par les exemples cités à la page 262. L'opinion de M. Fodéré s'accorde encore moins avec celle de plusieurs auteurs, lorsqu'il dit que l'enfant sur-conçu est plus fort et plus vigoureux que l'autre; d'ailleurs en supposant qu'il en fût ainsi, ce caractère ne serait applicable qu'aux cas où la sur-conception aurait eu lieu à une époque très-éloignée du commencement de la grossesse. Comment admettre avec M. Fodéré, que le grand intervalle qui sépare les deux naissances suffit pour prouver la superfétation, lorsqu'on sait que des jumeaux peuvent naître à un ou deux jours d'intervalle, soit par la faute de l'accoucheur, soit par toute autre cause, tandis que chez les femmes de Charlestown et de la Guadeloupe, la naissance des enfans sur-conçus a eu lieu en même-temps que celle des premiers enfans? Nous adopterons avec le professeur de Strasbourg que le fœtus sur-conçu a un placenta particulier et des membranes différentes, et que pareille chose ne s'ob-

serve pas *communément* chez les jumeaux; mais quelle peut-être la valeur de ce caractère, dès que l'on est obligé d'admettre *que chaque jumeau* peut *avoir son placenta et ses membranes* (1)? Comment le médecin appelé pour juger un cas de ce genre, pourra-t-il *présumer* dans un accouchement double, où chacun des enfans a son placenta, qu'il y a eu sur-conception plutôt que grossesse double?

Voyons maintenant quels sont les cas où la question de superfétation pourra être agitée. Ici c'est un mari qui élève des doutes sur la vertu de sa femme, parce que peu de temps après un premier accouchement, elle met au monde un second enfant dont il ne croit pas être le père. Plus loin c'est une veuve qui vient d'accoucher, et qui peu de temps après accouche d'un second enfant à terme et viable, que l'on veut faire passer pour illégitime; cette question rentre dans celle des naissances tardives (*Voy.* page 255); c'est-à-dire que l'enfant sera légitime d'après la loi s'il n'est né dans les trois cents jours qui suivent la mort du mari, et qu'il pourra être déclaré illégitime dans le cas contraire. Enfin il n'est pas impossible qu'une veuve qui vient d'accoucher se marie bientôt après ses relevailles, malgré l'article 228 du code civil (2), et qu'elle accou-

(1) Madame Boivin et le Dr Cassan ont encore constaté la séparation entière des deux placenta dans un cas de grossesse double qu'ils ont examiné en 1826. (Dissertation déjà citée.)

(2) « La femme ne peut contracter un nouveau mariage

che quelque temps après ce second mariage, d'un enfant à terme et bien portant; auquel des deux maris appartient celui-ci? Établissons un exemple pour mieux faire comprendre la question. Une femme enceinte perd son mari dans le courant du neuvième mois de la grossesse; elle accouche au bout de quelques jours et se remarie vingt jours après l'accouchement; huit mois après ce second mariage elle met au monde un enfant bien portant; on demande si cet enfant n'appartient pas au premier mari (dans lequel cas il y aurait eu superfétation), ou bien s'il est fils du dernier époux. Cette question sera examinée à l'article de la paternité et de la maternité.

Nous pourrions encore rattacher à l'histoire de l'accouchement les problèmes suivans : 1° Une femme qui accouche ou qui vient d'accoucher est-elle en état de prévoir et de donner à son enfant tous les soins nécessaires? 2° quelles sont les causes innocentes qui peuvent faire périr l'enfant pendant l'accouchement; 3° lorsque la mère et l'enfant meurent pendant l'accouchement, lequel des deux a succombé le premier? Nous préférons cependant ne traiter cette dernière question qu'à l'article *Survie*, et renvoyer les autres à l'article *Infanticide*.

RAPPORTS SUR L'ACCOUCHEMENT.

Premier rapport. Nous soussigné, etc. (*V.* pag. 236 pour le *préambule.*) Arrivé dans la chambre, nous

---

qu'après dix mois révolus depuis la dissolution du mariage précédent.»

avons trouvé la demoiselle R. agée de vingt ans, que l'on présumait être accouchée depuis trois ou quatre jours.

Nous avons procédé à la visite, et nous avons reconnu que la face était pâle, l'œil vif et nullement cerné, la peau légèrement chaude, souple et moite; la moiteur offrait une odeur aigrelette assez marquée; le pouls paraissait un peu plus fréquent que dans l'état naturel; il était ample et onduleux. Les seins étaient douloureux, durs et excessivement tuméfiés; le gonflement s'étendait jusqu'aux aisselles; il s'écoulait par le mamelon un fluide laiteux qui avait déjà taché la chemise dans la portion correspondante aux mamelons, et que l'on pouvait faire sortir en plus grande abondance, en pressant légèrement les mamelles. La peau de l'abdomen était souple et ridée; on voyait surtout dans l'espace compris entre les aines et l'ombilic, des petites éraillures ou stries luisantes, livides, semblables à des cicatrices s'entrecroisant en différens sens. La ligne qui du milieu du pubis se porte à l'ombilic, était brunâtre. Les muscles droits de l'abdomen et la ligne blanche présentaient un écartement remarquable, surtout dans la région de l'ombilic, ce qu'il était facile de juger en parcourant cette portion de l'abdomen avec les doigts. La main gauche étant placée sur l'hypogastre, tandis que le doigt indicateur de l'autre main était introduit dans le vagin, on sentait en repoussant en haut le col de la matrice, que le corps de cet organe était assez volumineux, et placé au-dessus des pubis; qu'il était solide, arrondi, et qu'il se contractait lorsqu'on pressait avec la main; l'orifice était assez dilaté

pour permettre l'introduction dans la matrice de deux doigts : les bords de cet orifice étaient minces et flasques; il n'y avait aucune trace d'écoulement par les parties génitales; mais nous avons pu nous assurer par ce qui nous a été rapporté et par l'inspection des linges avec lesquels la femme avait été garnie les deux jours précédens, qu'il était sorti par le vagin une quantité considérable de sang et d'un liquide sanguinolent, dont l'écoulement n'était supprimé que depuis vingt-quatre heures, c'est-à-dire depuis l'invasion de la fièvre. Les parties génitales externes étaient légèrement tuméfiées, et très-dilatées, la fourchette était déchirée. Le bassin était large, bien conformé et disposé pour un accouchement nullement laborieux.

Nous pouvons conclure de ce qui précède, que tout porte à croire que la demoiselle R. est accouchée depuis deux ou trois jours, et que l'accouchement a été facile; que cependant nous désirons avant de prononcer *affirmativement*, la visiter encore lorsque la fièvre sera tombée et que l'écoulement par la vulve aura reparu. En foi de quoi, etc.

Nous soussigné, etc. Nous étant transporté de nouveau chez la demoiselle R., deux jours après avoir fait la première visite, nous avons reconnu que le gonflement des seins était considérablement diminué, et qu'il n'y avait plus de fièvre; il s'écoulait par les parties génitales un liquide d'un blanc jaunâtre, offrant l'odeur caractéristique des lochies, comme il était aisé de s'en convaincre en examinant les linges qui étaient sous la malade.

Ce qui nous permet d'établir que la demoiselle R.

est accouchée à l'époque indiquée dans le premier rapport. En foi de quoi, etc.

Deuxième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre n° 2 de la prison X, nous avons trouvé la dame V., âgée de trente ans, qui nous a paru bien portante; on croyait qu'elle était accouchée quatre mois auparavant.

Nous avons procédé à la visite, et nous avons reconnu que les parties génitales n'étaient point tuméfiées, et n'offraient aucune trace de déchirure, de cicatrice ni d'écoulement; la forme, le volume et la situation de l'utérus nous ont paru tels qu'ils sont chez les femmes qui ne sont jamais accouchées; le col de cet organe n'était pas échancré; la peau du ventre lisse et ferme, n'était le siége d'aucune éraillure ni d'aucune ligne brunâtre. On ne remarquait point d'indice d'écartement de la ligne blanche ni des muscles droits de l'abdomen. Les mamelles, d'un volume médiocre, étaient fermes et ne fournissaient aucun liquide par la pression.

Ces faits nous permettent de conclure que rien n'annonce que la dame V. soit accouchée d'un enfant à terme (1). En foi de quoi, etc.

---

(1) Nous disons, *rien n'annonce*, ce qui est loin de signifier que la femme *n'est pas accouchée*, et nous ajoutons d'un *enfant à terme* : on conçoit en effet que cette femme pourrait être accouchée à l'époque présumée, d'un fœtus de trois à quatre mois peu volumineux; alors les traces de son séjour dans l'utérus et de son expulsion auraient été peu sensibles, et auraient promptement disparu.

Troisième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé la dame F., âgée de vingt-cinq ans, que l'on croyait être accouchée depuis quinze jours; elle était assise sur une chaise longue, et nous a déclaré n'avoir jamais été enceinte.

Nous avons procédé à la visite après l'avoir fait coucher, et nous avons reconnu que les parties génitales n'étaient point tuméfiées, qu'elles paraissaient dans l'état naturel, qu'il n'y avait aucune trace de cicatrice au périnée, qu'il s'écoulait par la vulve un liquide épais de couleur blanche, ayant une odeur *faible*, semblable à celle des lochies, ce que l'on a vérifié en examinant les linges dont madame F. était garnie. La peau de l'abdomen était ridée, et présentait surtout entre l'ombilic et les aines un très-grand nombre de stries luisantes, blanchâtres; les muscles droits de l'abdomen et la ligne blanche étaient sensiblement écartés dans la région ombilicale. On ne voyait aucune trace de ligne brune se rendant des pubis à l'ombilic. Les seins, d'un volume ordinaire, ne laissaient écouler aucun liquide par la pression. La main gauche étant placée sur l'hypogastre, tandis que le doigt indicateur de l'autre main était introduit dans le vagin, si on repoussait en haut le col de la matrice, il était impossible de sentir distinctement le corps de ce viscère au-dessus des pubis; son orifice, légèrement échancré à gauche, était entr'ouvert; ses bords minces et moyennement flasques, offraient la forme labiée. En faisant marcher madame F., on vit qu'elle éprouvait de légères douleurs dans les articulations du bassin.

Nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède

1° que si la dame F. est accouchée à une époque quelconque, comme cela paraît *probable*, il est permis de supposer que l'accouchement a eu lieu depuis quinze ou vingt jours; 2° qu'il aurait fallu, pour pouvoir donner une réponse affirmative, visiter cette dame dix ou douze jours plus tôt. En foi de quoi, etc.

TREIZIÈME LEÇON.

Exposition des caractères anatomiques les plus généraux que présentent les organes du nouveau-né dans l'état normal, dans l'état anormal, et dans l'état pathologique.

Avant de traiter de l'*infanticide*, de l'*avortement* et de la *viabilité* du fœtus, il ne sera pas sans intérêt de jeter un coup d'œil sur les caractères anatomiques les plus généraux des organes des nouveau-nés dans l'état normal, dans l'état anormal, et dans l'état pathologique; en effet, les médecins sont souvent appelés par les magistrats, pour constater la cause de la mort des fœtus et des nouveau-nés, et leurs recherches ont pour but de constater si tel ou tel organe est sain, s'il est le siége de quelque inflammation, de quelque altération de tissu, s'il porte les traces de violences extérieures, enfin si l'enfant est mort par suite d'une affection spontanément développée dans quelque région de l'économie, ou bien s'il a été victime de quelques manœuvres criminelles. Or, pour arriver à la solution de semblables questions, il est nécessaire de bien connaître quels sont les principaux aspects que présentent les

organes des nouveau-nés dans les différens états dont nous avons parlé. Il y avait déjà plusieurs années que nous avions conçu l'idée d'exécuter un pareil travail, lorsque nous fûmes obligé d'y renoncer à cause de la difficulté que nous éprouvions à nous procurer un assez grand nombre de sujets. M. Billard, élève interne à l'hospice des Enfans-Trouvés, voulut bien se charger de faire des recherches suivies sur cet objet, et de remplir le cadre que nous lui avions tracé. Nous croyons devoir transcrire littéralement les notes qu'il nous a transmises (1).

Pour procéder avec ordre, dit-il, dans l'examen que je me propose de faire, je passerai successivement en

---

Le D[r] Denis de Commercy a publié en 1826, sous le titre de *Recherches d'Anat. et de Physiol. pathol. sur plusieurs maladies des nouveau-nés*, un ouvrage important ayant principalement pour objet les affections auxquelles succombent les enfans âgés de plusieurs jours, de quelques mois et même d'un an ; tandis que le travail dont il s'agit ici comprend particulièrement la description des divers états sous lesquels se présentent les organes des nouveau-nés qui périssent peu de temps après la naissance, c'est-à-dire à l'époque où le crime d'infanticide se commet le plus souvent. Toutefois comme l'ouvrage du D[r] Denis, renferme quelques observations relatives à des enfans qui sont morts le jour même de la naissance, et que l'ouverture du corps a fa i voir des altérations notables de plusieurs organes, le lecteur pourra le consulter avec fruit. *Voyez* aussi la dissertation sur la pneumonie et la gastro-entérite des nouveau-nés, par le D[r] Cogny; Paris, avril 1827.

revue, 1° les tégumens externes; 2° les organes de la digestion; 3° les organes de la circulation et de la respiration; 4° les organes de l'innervation; 5° les organes de la locomotion; 6° les organes génitaux; 7° les tissus qui peuvent se trouver dans toutes les parties du corps, et entrer dans la composition des divers organes, tels que le tissu cellulaire et le tissu adipeux.

Des tégumens externes. Coloration de la peau chez les nouveau-nés. Les enfans qui viennent de naître ont presque tous une coloration uniforme; le sang prédomine dans les tissus sous-cutanés et leur communique sa couleur : aussi la face, le tronc, et les membres de l'enfant naissant sont-ils ordinairement rouges. J'ai voulu voir à quelle époque précise cette coloration pâlissait; mais je n'ai rien trouvé d'assez constant pour établir en principe général le résultat de mes calculs. J'ai vu des enfans commencer à blanchir au cinquième et au huitième jour; j'en ai vu rester encore fortement colorés jusqu'à douze et quinze jours. Voici du reste les nuances que prend la peau avant d'arriver à son état de blancheur naturel.

Le plus ordinairement les tégumens passent peu à peu d'un rouge foncé à un rose vermeil; souvent aussi une coloration violacée se manifeste surtout aux extrémités; mais cette dernière couleur peut être un signe de maladie; enfin on voit presque toujours se mélanger à la couleur rose des tégumens une nuance jaune que l'on rend encore plus manifeste par la pression des doigts sur la peau : cette nuance jaune devient parfois prédominante, elle se fonce de plus en plus, et l'enfant présente alors un véritable ictère, coloration qui n'est

pas due très-certainement à une affection du foie, ainsi que je le prouverai dans un autre lieu.

A mesure que ces transformations de couleur s'opèrent, la peau de l'enfant, d'abord gluante et même enduite d'une couche sébacée, devient plus sèche, l'épiderme se fendille, s'exfolie. Les tégumens prennent bientôt un aspect plus pâle, et sont le siége d'une congestion sanguine moins abondante. Ainsi la peau passe successivement du rouge foncé au rose pâle pour blanchir ensuite, ou bien elle offre une coloration rouge, violacée, jaunâtre, puis enfin blanche. Telles sont les principales nuances de couleur que présentent les tégumens du nouveau-né : ces différentes colorations peuvent servir à faire connaître qu'un enfant est récemment né, surtout si on les observe concurremment avec les autres signes propres à fournir la même indication. (*Voy.* p. 67.)

Quelques enfans naissent faibles, maigres, et vraiment chlorotiques; leurs tégumens sont d'une pâleur extrême, les membranes muqueuses partagent elles-mêmes cette décoloration, et sont dans un état de ramollissement plus ou moins avancé. Cet état général de l'organisation est le résultat évident d'une maladie développée chez l'enfant pendant son séjour dans l'utérus. Il vient au monde maigre et pâle comme le sont les malades réduits au marasme par le développement et les progrès de quelques affections organiques. Cette couleur blafarde et chlorotique de la peau chez les nouveau-nés, doit donc être regardée comme un caractère pathologique, plutôt que comme une variété de la couleur naturelle des tégumens.

Les tégumens externes se confondent insensiblement avec les tégumens internes sur les limites des ouvertures naturelles du corps. Ils sont ordinairement très-vermeils dans ces parties; ainsi les lèvres, le bord des paupières, l'entrée des fosses nasales, le pourtour de l'anus et la vulve offrent un aspect vermeil qui, comme on le sait, persiste une partie de la vie, et ne se flétrit que par les progrès de l'âge.

La peau du nouveau-né est susceptible d'offrir un assez grand nombre de colorations anormales soit congénitales, soit accidentelles. Il est important de ne pas les confondre avec des contusions ou des traces de violences extérieures.

Les taches connues sous le nom de *nœvi materni* ont un caractère trop tranché pour que l'observateur le plus superficiel se méprenne sur leur nature; mais il n'en est pas de même des ecchymoses et des pétéchies: les premières peuvent être, comme on le sait, le résultat d'un accouchement difficile; elles s'observent particulièrement au niveau des parties qui se sont trouvées pressées par les détroits du bassin; telle est surtout l'ecchymose habituelle du cuir chevelu: cependant je dois faire à cet égard une remarque importante, c'est que cette ecchymose n'est pas toujours due à la compression que la tête de l'enfant peut avoir subie au détroit pelvien. J'ai récemment reçu parfaitement intact un œuf d'environ quatre à cinq mois; la femme que j'ai accouchée moi-même, m'a dit que depuis quinze jours elle éprouvait des douleurs dans la matrice, et que depuis huit jours elle avait eu des pertes assez abondantes pour

concevoir le pressentiment de son avortement prochain. Les membranes ne furent nullement déchirées ; l'eau de l'amnios, en raison de sa transparence, permettait de voir le fœtus dont la tête était pendante et les pieds soulevés. On remarquait au sommet de la tête une large ecchymose à la circonférence de laquelle se rendaient de petits vaisseaux élégamment ramifiés. Je pensai que l'enfant était mort depuis quelques jours, que dès lors les liquides s'étaient trouvés chez lui soumis aux lois de la pesanteur, et que cette ecchymose du cuir chevelu, véritable phénomène cadavérique, ne pouvait être regardée comme l'effet de la compression que la tête aurait subie, mais comme un résultat de la position déclive dans laquelle cette partie s'était trouvée depuis la mort de l'embryon.

J'ai cité dans mon Mémoire sur la respiration un exemple de pétéchies cutanées, et j'y ai ajouté quelques réflexions auxquelles je renvoie. (*Voy.* l'observation de Delarue à la p. 379 de ce volume.) Quant aux lividités cadavériques, elles seront toujours faciles à distinguer, puisqu'elles ont les mêmes caractères que chez les adultes. (*Voy.* tom. II, art. Mort.)

On ne confondra pas non plus l'érysipèle et l'érythème, si commun chez les nouveau-nés, avec des traces de violences extérieures; il faudra surtout s'informer pour cela de la manière dont se sont développés ces exanthèmes. Quant aux autres affections cutanées, comme elles offrent des traits particuliers, elles seront toujours reconnaissables; elles ne se développent d'ailleurs presque jamais aussitôt après la naissance; cepen-

dant M. Lobstein a rapporté un exemple d'ectyma congénital, et j'ai vu moi-même chez un enfant né depuis six heures un strophulus bien caractérisé. Comme je n'ai point l'intention de donner ici l'histoire des maladies de la peau chez les nouveau-nés, je m'arrêterai à ces réflexions générales (1).

Des organes de la digestion. Nous avons déjà fait connaître les caractères anatomiques de l'appareil digestif considéré dans l'état sain (*Voy.* p. 61): nous ne nous occuperons ici que de quelques altérations de couleur ou de texture qui peuvent se rencontrer à la surface de ces organes, et qui sont tantôt le résultat d'une cause morbide, et tantôt l'effet d'un simple état anormal.

La bouche. La bouche ne présente ordinairement rien de bien particulier; j'ai observé une fois une ecchymose dite scorbutique à la base de la langue, chez un enfant naissant : cette ecchymose, d'une couleur violacée, s'étendait depuis la base jusqu'à la partie moyenne de l'organe, et pénétrait à trois lignes d'épaisseur ; le tissu de la langue était, dans cet endroit, extrêmement ramolli. L'état général du sujet n'offrait rien de remarquable.

La bouche est, comme on le sait, susceptible d'éprouver dans sa conformation plusieurs imperfections desquelles résultent des difformités trop connues pour que je m'arrête à les signaler ici. Le pharynx est presque toujours injecté.

---

(1) On a souvent vu des fœtus qui sont nés avec la variole, la rougeole, etc.

L'œsophage. La face interne du canal œsophagien est toujours, comme nous l'avons dit à la page 62, le siége d'une injection plus ou moins marquée : cette injection offre des variétés d'aspect assez nombreuses; ainsi on observe des ramifications, des plaques rouges, des stries longitudinales, des points plus ou moins nombreux. Cette congestion est parfois portée à un tel degré que la rougeur est uniforme, et la membrane muqueuse sensiblement épaissie. Il n'est pas rare de voir l'épithelium s'enlever par sillons longitudinaux dont les bords sont renversés sur eux-mêmes. Bien que cette exfoliation ne s'opère pas chez tous les sujets, il ne faudrait pas cependant la prendre pour l'effet de quelque poison ou de quelque corps vulnérant introduit dans les voies digestives, car on l'a rencontrée chez des enfans auxquels ces accidens n'étaient point arrivés : on l'observe principalement dans les cas de muguet, production pseudo-membraneuse excrétée à la surface de la membrane muqueuse. On pourrait être d'autant plus porté à regarder ces exfoliations comme des escarres superficielles, que les fragmens membraniformes sont quelquefois teints en jaune ou en brun par les matières vomies par l'enfant. On voit aussi survenir cette exfoliation lorsque l'œsophage est excorié et ulcéré par suite d'une violente inflammation; j'ai trouvé chez un enfant de quatre jours, au tiers inférieur de l'œsophage, une ulcération que ses bords élevés rendaient profonde en apparence, qui se trouvait située au tiers inférieur de l'œsophage, et qui avait *environ* quatre lignes de diamètre dans tous les sens. Il existait dans ce cas une

véritable *œsophagite aiguë*. Je ne parlerai point des oblitérations complètes ou incomplètes de l'œsophage, dont les auteurs ont cité des exemples, ni des épaississemens partiels ou généraux que présente la paroi de ce canal : outre que ces altérations sont rares chez les nouveau-nés, il est toujours facile d'en apprécier la nature et la cause, et je ne sache pas qu'il soit possible de commettre à cet égard quelque grave erreur sous le rapport médico-légal.

L'estomac. On sait qu'il entre dans la structure de l'estomac un grand nombre de glandules mucipares, invisibles à l'œil nu dans l'état sain, mais susceptibles de s'accroître par suite d'un état pathologique quelconque, de manière à nous dévoiler leur siége, leur forme, et leur disposition particulière.

Il est très-commun de rencontrer chez les nouveau-nés ces glandes fort développées, et ce développement offre des variétés d'aspect importantes à connaître. Elles peuvent être simplement tuméfiées, et se montrent alors sous la forme d'un grand nombre de petits grains blanchâtres qui, quelquefois très-rapprochés, donnent à la membrane muqueuse un aspect analogue à la peau d'oie, et qui d'autres fois sont plus clair-semés ou n'occupent que telle ou telle région de l'estomac.

Ces glandes s'ulcèrent légèrement au sommet; leur base n'étant pas encore détruite par les progrès de l'ulcération, on reconnaît facilement quel est le siége de cette solution de continuité.

Mais enfin l'ulcération fait des progrès, toute la glandule est détruite, et l'estomac offre alors un grand nombre d'ulcères peu profonds, arrondis ou irréguliers,

dont les bords sont presque toujours teints d'un filet jaune, dû sans doute aux matières muqueuses et bilieuses refluées dans l'estomac. Il n'est pas rare de trouver en outre dans la cavité gastrique un fluide sanguinolent fourni par exhalation ou par les bouches béantes des vaisseaux ulcérés : ce sang, en séjournant dans l'estomac, ne tarde pas à prendre une couleur brune, puis noirâtre; l'enfant vomit souvent de ces matières brunes, soit en mourant, soit quelque temps avant la mort; et si l'on trouvait en même temps à l'autopsie cadavérique quelques excoriations dans l'œsophage, alors on pourrait être porté à regarder ces lésions comme l'effet d'un poison corrosif introduit dans les voies digestives; en effet, n'est-il pas naturel de concevoir une telle idée lorsque d'une part on rencontre l'œsophage excorié, de l'autre l'estomac criblé d'ulcérations et rempli de matières brunes plus ou moins consistantes? Il est donc important de prémunir contre cette erreur les médecins qui, peu familiarisés avec l'anatomie pathologique, rencontreraient pour la première fois sur le cadavre d'un enfant mort-né, ou mort peu de temps après sa naissance, l'espèce de gastrite congénitale que je viens de signaler. Je vais rapporter ici un fait sur la nature duquel je me suis mépris moi-même, parce qu'il s'est présenté à mon observation avant que l'expérience m'eût instruit.

Observation. Lucain, âgé d'un jour, meurt le soir de sa naissance; l'autopsie cadavérique est faite le lendemain. L'enfant présente à l'extérieur une forte constitution et beaucoup d'embonpoint: tous les organes sont dans l'état naturel, excepté l'appareil digestif qui

offre les caractères suivans : l'épithelium de l'œsophage se fendille et s'enlève à l'extrémité inférieure ; toute la face interne de l'estomac présente de petites ulcérations irrégulièrement ovales ; leurs bords ne sont pas relevés, mais ils sont teints d'un léger filet jaune ; des matières visqueuses mêlées de flocons de couleur bistre remplissent la cavité gastrique ; l'intestin grêle est parfaitement sain, le gros intestin est rempli de méconium dont se trouve teinte la membrane muqueuse. En considérant les excoriations de l'œsophage, les ulcères de l'estomac et les matières brunes qu'il renfermait, je crus un moment que cet enfant pouvait bien avoir pris quelque substance corrosive, mais je cessai, par la suite, d'avoir cette idée lorsque de nouveaux exemples étant venus m'éclairer sur la nature de ces ulcères, je demeurai convaincu qu'ils se formaient ordinairement de la manière indiquée plus haut.

Presque tous les enfans naissans, chez lesquels j'ai trouvé l'estomac ainsi criblé d'ulcérations, avaient cependant beaucoup d'embonpoint, de sorte qu'il est probable que ces lésions de la membrane muqueuse sont ordinairement le résultat d'une gastrite aiguë développée dans les derniers jours de la vie intra-utérine.

Les matières brunes que l'on observe si fréquemment dans l'estomac des nouveau-nés sont évidemment le résultat d'une altération de couleur du sang exhalé à la surface de l'organe ; en effet on trouve quelquefois des stries de sang vermeil au milieu de cette masse brunâtre, quelquefois, au contraire, on n'aperçoit que quelques stries brunes ou brunâtres au milieu du sang exhalé, de sorte que le passage insensible de la cou-

leur rouge à la couleur brune du liquide épanché, permet vraiment de suivre les degrés de décoloration que ce liquide éprouve en s'altérant.

Ces matières de couleur brune ou bistre ne se remarquent pas seulement en même temps qu'il y a des ulcères dans l'estomac ; on les trouve également quand il n'y a qu'une simple exhalation sanguine, et cela se rencontre assez fréquemment chez les nouveau-nés.

Je crois avoir assez insisté sur cette altération particulière de l'estomac chez l'enfant naissant pour qu'on ne soit pas exposé à la prendre pour le résultat d'un empoisonnement. Je ferai remarquer encore que l'on peut trouver à la face interne de l'estomac des nouveau-nés, des colorations brunes et ardoisées, soit pointillées, soit par plaques. J'en possède plusieurs exemples, et je suis très-porté à regarder ces altérations de couleur comme les traces d'une phlegmasie chronique (1). Les autres parties du tube digestif sont susceptibles de devenir le siége d'altérations particulières, même pendant la vie intra-utérine ; ainsi les plexus folliculaires et les follicules mucipares sont quelquefois plus ou moins enflammés chez l'enfant naissant. Il est facile de reconnaître la nature de ces altérations à leur siége, à leur disposition et à leurs caractères anatomiques. La décoloration et le ramollissement soit simple, soit gélatiniforme, avec ou sans perforation de la

---

(1) Voyez *de la membr muq. gastro-intest.*, *chap. des altér. de couleur.*

membrane muqueuse gastro-intestinale s'observent encore chez les nouveau-nés; les tégumens externes ont eux-mêmes dans cette circonstance une apparence chlorotique, et l'enfant porte, dans son habitude extérieure, l'empreinte de la phlegmasie chronique dont le ramollissement et la décoloration sont les résultats plus ou moins directs, plus ou moins éloignés. L'inflammation avec excrétion pseudo-membraneuse peut se rencontrer chez des enfans récemment nés: j'ai vu chez trois enfans de deux à cinq jours un muguet confluent du colon; chez l'un d'eux les pellicules étaient parfaitement bien organisées. J'ai trouvé deux fois le muguet dans l'estomac: cet organe présentait en outre chez l'un de ces enfans un ramollissement gélatiniforme et une perforation (1). Mais de toutes les modifications d'aspect du tube intestinal, celles qui sont dues à l'injection vasculaire sont les plus nombreuses; la disposition ramiforme ou capilliforme des vaisseaux mésentériques et intestinaux, la surabondance du sang veineux dans les canaux destinés à le recevoir, la con-

(1) Pour appuyer l'opinion que le muguet peut se développer chez les fœtus encore contenus dans le sein de leur mère, M. Véron rapporte l'observation d'un muguet chez un enfant de trois jours, et dans lequel la maladie avait produit une perforation de l'œsophage; du reste ce médecin pense que jamais la membrane muqueuse de l'estomac, de l'intestin grêle et des voies respiratoires, n'est le siége du muguet. (Séance de l'Académie royale de Médecine du 28 juin 1825.)

gestion locale ou générale du système vasculaire abdominal sont autant de circonstances propres à faire varier les aspects que peut présenter la membrane muqueuse digestive. Le médecin devra donc, dans ses recherches anatomiques, tenir compte de toutes les circonstances susceptibles de produire ces phénomènes afin de les apprécier à leur juste valeur. Comme les congestions sanguines du tube intestinal sont très-fréquentes, et qu'il est assez difficile de saisir les caractères qui les distinguent des rougeurs inflammatoires, il importe d'établir sur quels principes généraux il faut baser son jugement. 1° La rougeur pointillée, la rougeur striée et la rougeur par plaques, surtout si elles se trouvent dans une position non déclive et ne coexistent pas avec une congestion générale de l'appareil vasculaire abdominal, peuvent être regardées comme un résultat de l'inflammation; cette induction sera d'autant plus vraie qu'il y aura en même temps épaississement et friabilité de la membrane muqueuse. 2° La rougeur générale, l'injection ramiforme et l'injection capilliforme peuvent être considérées comme étant l'effet d'une congestion passive, surtout si les vaisseaux abdominaux sont remplis de sang, et si ces rougeurs ont pour siége une partie déclive du canal intestinal. Telles sont les données les plus générales qu'on puisse avoir sur ce sujet.

On trouve assez souvent, chez les nouveau-nés, du sang exhalé à la surface du canal alimentaire; sa couleur est d'autant plus vermeille que son exhalation est plus récente: ces hémorrhagies intestinales sont dues tantôt à une cause inflammatoire, tantôt à une véritable congestion passive; il faut, pour les distinguer, examiner

avec soin la nature et la disposition des rougeurs qui les accompagnent.

J'ai parlé, dans un autre lieu, des colorations du tube intestinal dues à la présence des matières bilieuses ou muqueuses; je n'y reviendrai donc pas. (*Voy.* p. 63.)

On pensera peut-être que j'exagère le tableau des altérations de couleur et de texture qui peuvent se rencontrer dans le tube intestinal d'un enfant qui vient de naître, mais on cessera de s'en étonner lorsqu'on admettra avec un assez bon nombre de médecins qu'il est possible que l'œuf, que l'embryon, que le fœtus éprouvent des maladies pendant leur séjour dans l'utérus, et que par conséquent les organes du nouveau-né ne sont point dans un état d'intégrité aussi parfait que cela devrait être si la série des maladies qui affligent notre espèce ne commençait qu'au premier jour de la naissance. Et en effet pour ce qui concerne le canal intestinal, ne trouve-t-on pas assez souvent sur les cadavres des nouveau-nés des traces d'anciennes affections? L'histoire de l'art en offre déjà plusieurs exemples, et j'ai moi-même rencontré des cicatrices anciennes du tube digestif, des excroissances polypeuses à la face interne du duodénum, des perforations formées par une adhérence de deux circonvolutions intestinales, et enfin une hypertrophie très-considérable des parois du colon chez des enfans morts en naissant ou quelques heures seulement après la naissance. On ne saurait donc peser avec trop de circonspection l'opinion qu'on doit émettre en matière de jurisprudence, relativement au genre de mort d'un fœtus dont on est chargé de faire l'autopsie cadavérique.

Enfin le tube digestif peut éprouver des entraves à son développement normal, et devenir le siége de nombreuses variétés de forme et d'aspect qu'il est encore important de connaître. C'est ainsi que l'on a rencontré l'absence de l'estomac (dans le cas d'acéphalie), celle d'une partie de l'intestin grêle, l'occlusion du calibre du canal intestinal, son interruption complète, ses inflexions insolites, sa distension extraordinaire, son invagination, son inversion, ses diverticules, ses hernies, etc. Ces vices de conformation sont très-connus; je me borne à les signaler ici comme ne devant pas échapper à l'attention du médecin.

Des dépendances du tube digestif. Les glandes salivaires sont très-rarement le siége d'altérations chez les nouveau-nés. J'ai trouvé une fois une fistule de la glande sublinguale au dessous du menton chez un enfant qui venait de naître; le conduit de la glande, obstrué du côté de la cavité buccale, était très-distendu par la salive et formait sous la langue la tumeur à laquelle on a donné le nom de *grenouillette*. L'enfant se portait bien, et comme il n'a pas succombé à cette légère infirmité je n'ai pu constater exactement la disposition anatomique des parties.

Le pancréas est ordinairement sain et assez developpé, il offre surtout sa texture lobulaire très-marquée, et il n'est point encore enveloppé de tissu cellulaire graisseux comme cela s'observe chez les adultes. Le conduit pancréatique s'ouvre librement dans le duodénum, son embouchure est presque toujours environnée d'une légère saillie ou d'un repli muqueux du centre duquel

on peut faire sourdre par la pression le fluide pancréatique.

Nous avons déjà parlé de la rate et du foie (*V*. p. 61); nous avons fait remarquer la fréquence des congestions sanguines dans ce dernier organe surtout. Les altérations de couleur et d'aspect du foie sont difficiles à saisir, mais on peut dire qu'elles varient du rose tendre au brun foncé; quant à la consistance du tissu de l'organe, elle n'offre pas de moins grandes différences. On remarque que plus la congestion sanguine était considérable, plus le tissu du foie est friable. On s'est dans ces derniers temps efforcé de prouver que les rougeurs des vaisseaux situés dans la profondeur d'organes habituellement pénétrés de sang, étaient dues à une véritable imbibition cadavérique, et l'on s'est empressé de tirer de quelques expériences faites sur les animaux, des inductions trop générales pour être admises. Je puis affirmer que j'ai trouvé très-souvent au milieu du foie gorgé de sang, l'intérieur des vaisseaux parfaitement sain; leur couleur est ordinairement d'un rose pâle; mais au milieu de la couleur du foie, cet aspect est très-tranché et présente une véritable blancheur, relativement toutefois à l'aspect du tissu hépatique. Lorsque les vaisseaux hépatiques sont imbibés et colorés par le sang, cela tient à une altération de texture dans l'organe et dans les parois vasculaires, altération due tantôt à la longueur du temps écoulé depuis la mort, tantôt à un travail morbide ou à une décomposition quelconque. L'abondance du sang n'est pas la seule condition nécessaire de cette coloration; il faut que le tissu coloré soit en même temps disposé à l'être par des

modifications particulières, survenues dans sa texture.

On peut trouver chez les nouveau-nés le foie hypertrophié, gras, sec ou vide de sang, tuberculeux, déchiré, transposé de sa situation ordinaire, ramolli, ou au contraire fort dur. Les auteurs ont rapporté des exemples de ces diverses altérations que j'ai moi-même rencontrées plusieurs fois.

La rate est moins souvent le siége d'altérations particulières; elle est quelquefois double ou multiple; je n'ai jamais observé l'ossification de la membrane péritonéale, non plus que de celle du foie, chez l'enfant naissant. Je ne dois pas oublier parmi les dépendances du tube intestinal le *mésentère* et les *épiploons*. Ils ne sont remarquables à l'époque de la naissance que par un seul caractère, c'est qu'ils sont presque entièrement dépourvus de tissu adipeux, et qu'ils ne consistent qu'en une toile mince et transparente à travers les feuillets de laquelle on aperçoit les ramifications vasculaires qui rampent dans ces parties. Les glandes lymphatiques sont petites, vermeilles et lâchement insérées entre les lames du mésentère : on ne les trouve volumineuses que chez les enfans qui naissent avec une disposition aux affections scrofuleuses, encore est-il vrai de dire qu'à l'époque de la naissance on observe difficilement les traits particuliers de la constitution lymphatique, et qu'alors presque tous les enfans se ressemblent par la disposition générale de leurs organes. Il n'en est pas de même un peu plus tard (1).

(1) Toutefois Œhler dit avoir trouvé les glandes du mésentère tuméfiées, dures, adipiformes; en un mot, scro-

Des organes sécréteurs de l'urine. Après les organes de la digestion se présentent naturellement ceux qui sont chargés de sécréter l'urine; car l'examen des vaisseaux chylifères ne peut offrir rien de remarquable par rapport au but de ce travail.

Les reins. Enveloppés d'une couche de tissu cellulaire très-fine et dépourvue de graisse, les reins du nouveau-né sont, dans l'état normal, profondément lobulés d'une couleur moins foncée que chez l'adulte, d'un volume assez considérable et d'une forme fort analogue à celle qu'ils auront le reste de la vie. Les deux substances corticale et mamelonnée sont très-distinctes, mais la dernière n'est pas encore aussi épaisse qu'elle le sera plus tard comparativement à la première. Les calices et le bassinet sont humectés d'urine; le dernier n'est que peu distendu par ce liquide, qui sans doute s'écoule par les uretères aussitôt qu'il est sécrété et lors même que l'enfant séjourne encore dans l'utérus.

Les reins présentent des variétés de couleur, de forme et de nombre.

1° *Couleur.* Les reins peuvent être plus ou moins colorés suivant l'abondance ou l'absence du sang dans leur tissu. J'ai souvent remarqué à leur surface des ecchymoses plus ou moins larges dues à un épanchement de sang au dessous de leur membrane propre. On voit

fuleuses, non-seulement chez des fœtus nés de mères scrofuleuses, mais encore chez quelques-uns dont les mères n'offraient aucune trace de cette maladie. (Désormeaux, art. Œuf, du Dict. de Médecine.)

aussi assez fréquemment des rougeurs pointillées dans l'épaisseur de la substance mamelonnée, et ces points rouges sont quelquefois assez larges pour être regardés comme de véritables pétéchies. Il est une altération de couleur très-remarquable qui s'observe surtout chez les enfans ictériques; on voit s'étendre en rayonnant du sommet à la base du mamelon des stries d'un jaune éclatant qui sont dues sans doute à la coloration de la sérosité qui se trouve entre les fibres de la substance mamelonnée : ces stries colorées affectent une direction très-régulière; elles ne doivent point être regardées comme le résultat d'une altération particulière du tissu du rein, mais bien comme un effet de la cause éloignée qui détermine l'ictère, et qu'il ne nous est pas toujours facile d'apprécier. J'ai vu une fois seulement la substance corticale être séparée par une ligne jaune analogue à celles dont je viens de parler, de la substance mamelonnée: celle-ci se trouvait comme enveloppée par cette ligne festonnée.

2° *La forme*. Si quelque cause a mis obstacle à l'écoulement de l'urine, si les uretères sont obstrués ou s'ils manquent, l'urine en stagnant dans le bassinet le distend considérablement; les lobules du rein partagent bientôt eux-mêmes cette dilatation; et la masse de l'organe ne consiste plus qu'en un vaste kyste lobulé rempli d'urine et plus ou moins irrégulier. Je possède deux reins de cette espèce trouvés sur des enfans morts en naissant. L'irrégularité dans la forme du rein peut provenir d'un développement plus considérable d'une de ses parties ou d'une hypertrophie générale et régulière.

3° *Le nombre.* On sait qu'il est possible de rencontrer un seul rein sur la ligne médiane, duquel partent les deux uretères. Je me contente de signaler cette anomalie connue de tous les anatomistes.

Il est difficile de reconnaître les caractères anatomiques de l'inflammation du rein ; cependant on doit être porté à regarder comme un résultat de l'inflammation, la rougeur, la tuméfaction et surtout la friabilité du rein lorsque nuls signes de congestion ou de putréfaction n'existent en même temps. J'ai rarement trouvé le rein dans cet état chez les nouveau-nés, et je suis porté à croire que la néphrite simple est très-rare chez l'enfant naissant; la néphrite calculeuse peut s'observer, ainsi que je le prouverai plus bas.

Capsules surrénales. Les capsules surrénales très-volumineuses à l'époque de la vie dont il s'agit ici, ont à l'extérieur à peu près la couleur du rein ; mais à l'intérieur elles présentent un aspect qu'il est important de connaître. Leur face interne est tapissée par un enduit membraniforme assez épais, ordinairement d'un blanc sale, quelquefois rougeâtre; cet enduit paraît être le résultat de la concrétion ou de la condensation du fluide contenu habituellement dans l'intérieur de la capsule; il s'enlève par couches et pourrait simuler aux yeux d'un observateur peu expérimenté une concrétion pseudo-membraneuse. M. Andral fils, en ouvrant une femme morte à la suite d'une phthisie pulmonaire, dit avoir trouvé dans l'utérus un fœtus de six mois, dont une des capsules surrénales était enflammée et en suppuration.

Les uretères. Les uretères n'offrent rien d'intéressant

à observer; leur face interne est ordinairement lisse et blanche. On peut rencontrer leur oblitération, leur rétrécissement, leur scission complète, leur bifurcation, etc. (1).

La vessie. Ordinairement petite et contractée, la vessie des nouveau-nés s'élève au niveau du détroit supérieur du bassin; sa forme est celle d'un ovoïde, son sommet terminé en pointe se continue avec l'ouraque oblitéré. On doit regarder comme une anomalie la persistance de ce canal. La face interne de la vessie est ordinairement remarquable par son aspect d'un blanc satiné. Il est très-rare qu'elle soit le siége de rougeurs passives; je n'ai trouvé qu'une seule fois des pétéchies, mais il en existait en même temps dans d'autres parties du corps. Ses variétés d'aspect résultent surtout de son état de vacuité et de distension. Je l'ai trouvée chez un enfant naissant qui était affecté d'une oblitération de l'urètre assez vaste pour remonter jusqu'à l'estomac et contenir au moins cinq onces de liquide. J'ai vu plusieurs fois chez les nouveau-nés, la face interne de cet organe tapissée par des mucosités membraniformes et floconneuses, tout-à-fait analogues à celles que l'on rencontre dans le catarrhe de cet organe. L'inflammation de la membrane muqueuse de la vessie s'observe assez souvent chez les nouveau-nés. Les caractères anatomiques de cette inflammation sont un épaississement de la tunique interne, sa rougeur pointillée,

(1) Œhler parle aussi de leur dilatation, unie à l'induration des tuniques de la vessie.

striée ou par plaques, et la friabilité plus ou moins grande de son tissu. La rougeur pointillée est l'aspect inflammatoire le plus commun; il n'est pas rare de la rencontrer au bas-fond de l'organe.

Les enfans peuvent apporter en naissant des calculs vésicaux; j'en ai rencontré deux exemples remarquables. Les bassinets en renfermaient en même temps. La vessie était manifestement enflammée, et le tissu des reins semblait prendre part à cette inflammation, si l'on pouvait en juger du moins par sa congestion sanguine, sa couleur et son extrême friabilité.

L'urètre présente rarement des altérations; il offre assez souvent une coloration violacée, due sans doute à la congestion sanguine habituelle des parties environnantes. Cet aspect est surtout remarquable dans la région bulbeuse.

En général les voies urinaires ne sont pas très-fréquemment le siége de quelques altérations chez les nouveau-nés; cependant il est possible d'y rencontrer des variétés d'aspect, de forme et de texture qu'il est intéresssant de connaître, et que nous nous sommes bornés à signaler dans l'examen rapide que nous venons de faire de ces organes. J'ajouterai que si les variétés d'aspect des organes urinaires, produits par une inflammation encore existante, sont assez rares chez les nouveau-nés, les anomalies de ces organes provenant d'un arrêt ou d'un défaut de développement sont assez fréquentes, et l'on peut dire avec Meckel, que l'appareil urinaire est un de ceux dans lesquels on rencontre le plus d'anomalies.

Péritoine. Le docteur Veron a communiqué à l'Académie royale de médecine l'observation d'un enfant nou-

veau-né qui offrait des traces non équivoques de péritonite. (Séance du 26 avril 1825).

Organes de la circulation et de la respiration. J'examinerai rapidement, 1° le cœur, le système vasculaire, artériel et veineux; 2° les poumons et leurs dépendances (1).

Le cœur et le péricarde. Forme du cœur. Cet organe offre déjà chez l'enfant naissant la forme qu'il doit avoir par la suite. Il n'est pas rare cependant de le trouver moins conique et pour ainsi dire plus marroné que chez l'adulte. Le péricarde renferme presque toujours de la sérosité citrine, et assez souvent du sang de consistance séreuse, qui paraît avoir été répandu par exhalation dans le sac membraneux. La surface extérieure du cœur est ordinairement d'un rouge foncé : on doit regarder comme un état anormal sa pâleur extrême. Ses cavités commencent déjà à présenter les différences de capacité qui les caractérisent; la couleur de leur face interne est comme à l'extérieur ordinairement rouge. Il n'existe pas, dans la plupart des cas, de différences tranchées entre l'aspect des cavités droites et des cavités gauches, mais il est des cas exceptionnels où ces deux cavités offrent une coloration variée; ainsi l'on rencontre quelquefois les cavités droites d'un aspect violacé, on les dirait teintes avec du bois de campêche, tandis que les cavités gauches conservent leur aspect rougeâtre ordinaire : dans ces cas, le sang veineux pré-

(1) M. Veron a rapporté un exemple d'inflammation du *thymus* avec formation de pus dans l'intérieur de cet organe. (Séance de l'académie royale de Médecine, du 26 avril 1825.)

domine, les gros vaisseaux en sont gorgés ainsi que tous les tissus du cadavre. Cette différence de coloration des deux ventricules est sans doute le résultat d'un phénomène cadavérique qu'il est difficile d'expliquer, et puisque, toutes choses égales en apparence, le même fait ne se reproduit pas sur tous les cadavres, même sur ceux desquels la putréfaction commence à s'emparer, il est probable que cette diversité de coloration tient à des causes particulières dont je dois ici me borner à signaler l'effet.

La consistance du cœur est plus ou moins molle, plus ou moins ferme.

Son inflammation ainsi que celle du péricarde est assez commune chez les nouveau-nés. Je rencontrai huit péricardites dans une année, chez des enfans naissans; cette péricardite a les mêmes caractères anatomiques que celle des adultes. Il est très-commun de trouver des pétéchies à la surface du cœur et quelquefois même de l'emphysème. J'ai vu aussi une fois des taches blanches analogues à celles que présente si souvent le cœur des vieillards. J'ai rencontré des adhérences anciennes et solides entre le cœur et le péricarde; elles étaient à mes yeux les traces probables d'une péricardite qui s'était développée et qui avait parcouru ses périodes pendant la vie intra-utérine.

Système vasculaire. Les vaisseaux capillaires sont en général très-gorgés de sang, de là la coloration particulière des nouveau-nés, que nous avons signalée au commencement de ce travail. Il résulte de cette congestion générale du système capillaire, des engorgemens, des ecchymoses et des épanchemens sanguins dans dif-

férentes régions et surtout dans les parties déclives et dans celles où règne abondamment le tissu cellulaire. Il faut donc prendre garde dans les autopsies cadavériques d'attribuer à des violences extérieures certaines ecchymoses qui sont le résultat assez ordinaire de la congestion sanguine du système capillaire. C'est par suite de cette même disposition que l'on trouve si souvent au cerveau, dans la poitrine, dans l'abdomen, dans l'intérieur du tube intestinal, etc., des épanchemens sanguins plus ou moins abondans.

Les vaisseaux, malgré leur état de plénitude, ne sont pas toujours colorés par le sang qu'ils renferment : on les trouve à l'intérieur quelquefois pâles ou légèrement rosés; d'autres fois, au contraire, très-rouges. Mais cette coloration est plus fréquente pour les veines et plus rare pour les artères, qui sont presque toujours blanches.

Lorsque la putréfaction fait des progrès, le trajet des vaisseaux est remarquable par les lividités plus ou moins nombreuses qui les accompagnent et qui semblent être le résultat d'une véritable imbibition cadavérique. Au milieu même des organes, habituellement remplis de sang, on ne trouve pas toujours les rameaux vasculaires colorés par ce liquide. Ce qui vient d'être dit des rameaux vasculaires peut s'appliquer également à leurs troncs principaux; cependant il est vrai de dire que les veines porte et hépatique, les veines caves et les veines pulmonaires offrent très-souvent à l'intérieur une coloration plus ou moins violacée, tandis que les principales branches artérielles restent presque toujours pâles malgré leur congestion. Les considérations dans lesquelles je viens d'entrer, relativement à l'aspect des

vaisseaux chez le nouveau-né, sont le résultat de recherches assez nombreuses auxquelles je me suis livré, et dans le détail desquelles il serait trop long d'entrer ici. Voici dans quel ordre on peut ranger ces congestions sanguines sous le rapport de leur fréquence : 1° l'appareil vasculaire abdominal ; 2° l'appareil cérébro-spinal (les congestions veineuses, dans les meninges rachidiennes, sont très-fréquentes.) ; 3° l'appareil circulatoire et respiratoire. Je comprends sous ce dernier chef le cœur, les gros vaisseaux et les poumons.

Organes de la respiration. Les fosses nasales sont ordinairement remplies de mucosités. La membrane pituitaire est d'une couleur rose plus ou moins foncée ; elle est assez ordinairement le siége d'une congestion sanguine qui la dispose aux inflammations ; le coryza est en effet une maladie très-commune chez les enfans naissans ; la membrane pituitaire est alors le siége d'une rougeur striée, pointillée ou uniforme ; souvent même aussi elle est affectée d'une inflammation pseudomembraneuse, et l'on y trouve une fausse membrane plus ou moins épaisse qui tapisse les cornets et leurs méats, mais qui s'arrête ordinairement sur les limites du pharynx et du larynx.

La trachée-artère et les bronches sont légèrement rosées, et lorsqu'on les examine au milieu du tissu pulmonaire, qui est presque toujours gorgé de sang, elles paraissent blanches par le contraste.

Les rameaux bronchiques, qui s'étendent dans une partie du poumon fortement gorgée de sang, ne prennent pas toujours part à la coloration du parenchyme pulmonaire, comme pourraient le croire ceux qui, s'ef-

forçant de combattre des théories sagement établies, poussent le scepticisme jusqu'à nier la vérité, lors même qu'elle est palpable. Ainsi sur quarante enfans dont les poumons étaient ou gorgés de sang ou hépatisés dans une étendue plus ou moins grande, j'en ai trouvé quinze seulement dont les bronches étaient également fort rouges, et dont la couleur se confondait avec celle du poumon, et résultait de la même cause. Lors donc que l'on rencontre chez un nouveau-né les bronches et la trachée-artère plus ou moins rouges, il ne faut pas s'empresser de rapporter ces rougeurs à une cause mécanique, à un phénomène cadavérique, car il est fort possible qu'elles soient l'effet d'une véritable inflammation; telle est probablement la cause ordinaire de la rougeur des bronches au niveau des parties hépatisées d'un poumon.

Les mêmes remarques s'appliqueront aux vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur des poumons. Le médecin ne doit donc fixer son opinion sur la nature de ces rougeurs qu'après avoir tenu compte de toutes les circonstances vitales ou cadavériques qui sont susceptibles de les avoir produites.

Caractères anatomiques des poumons avant la respiration. A cette époque les poumons ont la forme qu'ils auront pendant le reste de la vie; leur couleur est extrêmement variable; ils sont plus ou moins pâles, plus ou moins colorés suivant l'état pléthorique ou exsangue du sujet. Quelques poumons offrent à leur surface des taches rouges plus ou moins grandes, d'une forme lichénoïde, et qui sont les rudimens probables des taches ardoisées qu'on trouve chez l'adulte éparses à l'ex-

térieur de ces organes ; d'autres sont au contraires blanchâtres ou d'un rose tendre ; leur couleur ressemble beaucoup à celle des poumons de bœuf ou de veau. On voit se dessiner les sillons irréguliers et peu profonds qui circonscrivent les lobules et les vésicules pulmonaires. Les poumons remplissent en entier la cavité pectorale, contre les parois de laquelle ils sont pressés, à tel point qu'ils reçoivent quelquefois à leur bord postérieur l'empreinte des côtes qui sont toujours plus saillantes, dans l'intérieur du thorax, chez l'enfant que chez l'adulte.

Il est très-commun de trouver chez l'enfant qui n'a pas respiré, comme chez l'adulte, un engorgement sanguin au bord postérieur des poumons : c'est un phénomène cadavérique résultant de la position dans laquelle le cadavre a été mis.

Quand on ouvre le thorax d'un enfant qui n'a pas respiré, on est frappé de l'analogie d'aspect du thymus et des deux poumons ; il semblerait que le thymus fût un troisième poumon, dans lequel aucun rameau bronchique ne viendrait s'ouvrir. Il n'en est plus de même quand la respiration est établie ; mais il est bon de noter la ressemblance, parce qu'après la naissance le thymus, conservant encore le même aspect, peut servir de point de comparaison et guider l'observateur dans l'examen qu'il se propose de faire du tissu des poumons modifié ou non par la respiration.

Ainsi donc la couleur du poumon, chez l'enfant qui meurt avant de respirer, peut se rapporter à ces trois nuances générales ; 1° il peut être d'un blanc rose ; 2° parsemé de quelques taches rougeâtres ; 3° coloré

plus ou moins fortement par le sang. Je ferai remarquer que cette dernière couleur est la plus commune, et cela tient à la gêne que la circulation éprouve nécessairement pendant l'accouchement.

Le tissu du poumon que l'air n'a pas pénétré est flasque ; sa coupe, légèrement granuleuse, offre un aspect analogue à celui de la rate quand on la déchire ; enfin il n'est pas nécessaire d'ajouter que sa pesanteur spécifique est plus considérable que celle de l'eau, et qu'il se précipite rapidement au fond d'un vase rempli de ce liquide.

Malgré la présence du canal artériel, qui permet au sang lancé par l'artère pulmonaire de passer directement dans l'aorte, une certaine quantité de ce fluide pénètre cependant dans les poumons, soit que ce soit par une régurgitation toute mécanique, soit que ce sang servant à la nutrition de l'organe doive naturellement s'y rendre. Quand on dissèque les artères pulmonaires chez un embryon, on les trouve souvent pleines de sang à une distance assez grande dans le tissu pulmonaire. Il en est de même des veines du même nom ; par conséquent l'état de vacuité des artères pulmonaires n'est pas, comme on l'a dit, un signe propre à nous indiquer que l'enfant n'a pas respiré.

Aspects qu'on pourrait confondre avec celui d'un poumon qui n'a pas respiré. Il est facile de confondre les aspects que présente le poumon *quand il n'a pas respiré*, *quand il est engoué*, *quand il est hépatisé*. Essayons de faire ressortir les différences qui distinguent ces trois états.

1° *Poumon qui n'a pas respiré.* On ne doit pas perdre de vue la ressemblance que j'ai signalée entre le pou-

mon non pénétré d'air et le thymus. On pourra prononcer en toute sûreté qu'un enfant n'a pas respiré lorsque ses poumons, d'ailleurs peu colorés et plus pesans que l'eau, offriront une texture tout-à-fait analogue à celle du thymus.

2° *Poumon engoué.* L'engouement pulmonaire peut être local ou général: dans le premier cas ce sera presque toujours le bord postérieur et la partie inférieure du poumon qui seront engoués: alors la partie antérieure de l'organe offrira la couleur et la texture que je viens d'indiquer. Dans le second cas, tout le poumon imbibé de sang présente une texture granuleuse, est flasque, pesant, et doué d'une solidité assez grande pour qu'on ne puisse rompre son tissu sans un certain effort, le sang s'écoule en nappe des incisions faites aux poumons qui, mis à dégorger dans l'eau pendant quelques heures, colorent fortement le liquide en devenant eux-mêmes moins colorés; il *arrive quelquefois*, mais non *constamment*, que les bronches sont rouges et tapissées par une exhalation sanguinolente au milieu du tissu engoué. On observe aussi que l'engouement n'a lieu que dans quelques points disséminés au milieu du poumon, et accompagnés parfois d'une exhalation sanguinolente assez abondante pour constituer une véritable apoplexie pulmonaire.

En général l'engouement est plus fréquent au bord postérieur que dans toute autre partie du poumon, et se rencontre plus souvent, du moins à l'hospice des Enfans-Trouvés, dans le poumon droit que dans le poumon gauche. L'engouement pulmonaire est ordinairement accompagné d'un obstacle

quelconque à la circulation, et d'une congestion sanguine générale, reconnaissable à l'extérieur du sujet par la bouffissure de son visage, et la coloration violacée de ses tégumens. Il est important de tenir compte des phénomènes cadavériques concomitans de celui que nous étudions, parce qu'on ne saurait jamais baser son jugement, dans une science d'observation, sur un trop grand nombre de faits susceptibles de se coordonner.

3° *Poumon hépatisé*. Enfin l'hépatisation se distinguera de l'engouement aux signes suivans :

Le tissu du poumon est compacte, dur au toucher, il se coupe nettement, et fait entendre sous le tranchant de l'instrument un bruit assez analogue à celui d'une pomme crue que l'on coupe. Le poumon est remarquable par sa pesanteur; il tombe avec vitesse au fond de l'eau, qu'il ne colore pas aussi fortement que le poumon engoué, quand on laisse celui-ci séjourner quelque temps dans ce liquide; son tissu est fort analogue à celui du foie, et l'altération est quelquefois portée assez loin pour qu'on puisse à peine distinguer les traces des rameaux bronchiques et artériels.

Tel est le premier degré d'hépatisation; quand le second survient, alors il n'est plus aucun doute à élever sur l'état pathologique de l'organe, et l'on attribuera sans balancer à une cause morbide, l'hépatisation grise et le ramollissement pultacé du tissu du poumon, altérations dont les caractères sont tracés dans tous les ouvrages de pathologie ou d'anatomie pathologique avec trop de détails pour que je m'arrête à les rappeler.

L'hépatisation peut exister dans une étendue plus ou moins grande du poumon. Comme elle succède très-fréquemment chez les jeunes enfans, aux congestions et à l'engouement pulmonaire, c'est aussi au bord postérieur des poumons, et particulièrement dans le poumon droit, que cette altération de tissu se rencontre le plus souvent.

Je me suis arrêté à exposer et à distinguer ces divers états, parce qu'il est possible et qu'il arrive même assez souvent que des affections pulmonaires se développent chez l'enfant pendant son séjour dans l'utérus; il est donc utile de connaître toutes les variétés d'aspect que peut offrir le poumon avant même que la respiration soit établie.

La *plèvre* est assez souvent phlogosée chez les nouveau-nés; on la trouve parfois très-injectée, sans pour cela qu'elle soit enflammée : elle est le siége assez fréquent de rougeurs pointillées produites très-probablement par l'inflammation. La pleurésie avec épanchement séro-purulent, et concrétions pseudo-membraneuses, s'observe fréquemment à l'hospice des Enfans-Trouvés. Il n'est pas rare non plus de rencontrer des adhérences celluleuses bien organisées, qu'on peut regarder comme un résultat d'anciennes pleurésies. On se gardera de prendre pour des concrétions membraniformes des couches de tissu adipeux sous-jacentes à la plèvre, et qui, en raison de la finesse et de la transparence de cette membrane, paraissent en quelque sorte accolées à sa surface dans les espaces intercostaux.

Je n'ai pas besoin de dire qu'il est possible de rencontrer des tubercules même ramollis et en suppura-

tion dans les poumons du nouveau-né; cette vérité est maintenant appuyée sur des faits assez exacts pour qu'on ne puisse plus la révoquer en doute.

Des organes de l'innervation. A l'époque de la naissance, les centres de l'innervation ne sont point encore arrivés à leur dernier degré d'organisation; ils ne sont pour ainsi dire qu'ébauchés, et destinés par conséquent à subir plus tard des modifications d'organisation fort importantes; leur forme et leur aspect ne sont donc que provisoires chez l'enfant naissant: cependant il est important de les bien connaître, afin de ne pas prendre pour des anomalies ou des altérations, des variétés de texture et d'aspect, qui tiennent à cette espèce d'état de passage dans lequel ils se trouvent.

La *moelle épinière* a déjà la forme et l'aspect qu'elle conservera le reste de la vie; c'est en effet la première partie du centre nerveux qui soit formée, ainsi qu'on l'admettait anciennement, et comme l'a démontré Tiedemann dans ces derniers temps. Sa couleur est d'un blanc assez prononcé, son centre gris n'a pas précisément la couleur qu'il doit avoir chez l'adulte; il est ici plus rosé et plus mou. Il est assez facile de dérouler les deux cordons latéraux qui concourent primitivement à sa formation. Sa consistance est, dans l'état normal, assez notable pour qu'on puisse couper par tranches nettes le cordon médullaire dans toute son étendue; mais surtout au niveau de ses renflemens. Elle offre plusieurs variétés importantes à connaître sous le rapport de sa forme, de sa couleur, et de sa consistance.

Ses variétés de forme dépendent des causes qui ont entravé ou suspendu la marche naturelle de son développement. Elles se trouvent indiquées dans les ouvrages d'anatomie. Ses variétés de consistance et de couleur sont dues à des maladies actuellement existantes ou récemment passées, et je puis affirmer que les affections de la moelle épinière et de ses enveloppes sont assez communes chez les enfans naissans. Elles sont moins fréquentes chez eux que les maladies du tube intestinal, des poumons et du cerveau, mais elles sont plus fréquentes que celles des autres organes; c'est du moins ce qui résulte d'un grand nombre d'observations que j'ai recueillies à l'hospice des Enfans-Trouvés, et dont je vais donner ici un résumé général.

Chez les nouveau-nés, les affections des membranes rachidiennes sont plus fréquentes que celles de la moelle proprement dite. J'ai vu très-souvent ces membranes passivement injectées, sans que, pendant la vie j'eusse observé des symptômes particuliers : cette injection se rencontre très-souvent surtout dans la région lombaire, où j'ai trouvé fréquemment une exsudation sanguinolente située entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Les membranes rachidiennes peuvent non-seulement être le siége de congestions passives, elles s'enflamment aussi quelquefois, et présentent alors à l'autopsie cadavérique les mêmes caractères anatomiques que ceux qui sont propres à la méningite des adultes.

Il est possible de rencontrer en même temps la moelle et ses membranes enflammées; ainsi, dans le cas de méningite, j'ai souvent trouvé le cordon médullaire très-

dur et d'une consistance remarquable; et tout me portait à considérer cet endurcissement comme un état inflammatoire. Dans un cas semblable, j'ai pu soulever avec une moelle privée de ses membranes un objet pesant à peu près une livre.

D'un autre côté la moelle épinière peut éprouver un ramollissement local ou général, avec ou sans un état inflammatoire concomitant des méninges, de sorte que je ne puis rigoureusement me prononcer sur la nature de ce ramollissement. Quoi qu'il en soit, c'est un état pathologique digne de remarque. Voici quel est alors l'aspect de la substance médullaire.

La pulpe de la moelle est très-molle, jaunâtre, quelquefois sanguinolente ou parsemée de stries de sang; elle répand une odeur manifeste d'hydrogène sulfuré, indice d'une décomposition avancée : on la déchire dès qu'on y touche, et le moindre lavage la réduit en une bouillie diffluente. Lorsqu'on rencontre cette altération, l'enfant n'a ordinairement vécu que quelques heures ou quelques jours; il a respiré péniblement, son cri a été étouffé, ses mouvemens presque nuls, ses membres, pendant la vie, étaient dans un état de flaccidité remarquable, ses tégumens violacés, la figure immobile. Cette altération de la moelle se remarque chez les enfans les plus robustes comme chez les plus faibles en apparence, et l'on trouve presque toujours en même temps des congestions de sang dans les poumons, ou des épanchemens du même liquide dans l'abdomen, le crâne et le canal rachidien. Il est rare que ce ramollissement de la moelle ne soit pas accompagné

d'une semblable altération du cerveau, de sorte que tout l'axe cérébro-spinal se trouve désorganisé.

Cette désorganisation s'observe en été comme en hiver, peu de temps ou long-temps après la mort; de sorte qu'on ne peut guère la regarder comme le résultat de la putréfaction; on serait plutôt porté à la considérer comme le résultat d'une décomposition causée par une congestion, ou même un épanchement sanguin; en effet, on voit toujours au milieu du tissu ramolli des caillots ou des stries de sang, et ce liquide se trouve en même temps abondamment épanché dans d'autres cavités. Mais il se présente à cet égard une objection : l'épanchement de sang a-t-il précédé et déterminé la désorganisation, en est-il au contraire la conséquence? C'est à mon avis une question fort difficile à résoudre, et digne par cela même de fixer l'attention des anatomistes.

Les deux extrêmes de mollesse et de dureté du tissu médullaire à l'exposition desquels je viens de consacrer quelques lignes, sont réellement des altérations pathologiques. Mais il est entre ces deux extrêmes des degrés intermédiaires dont on ne peut aisément apprécier la nature, et qu'il serait également difficile de décrire.

Le ramollissement et l'endurcissement partiels de la moelle se rencontrent assez souvent, c'est-à-dire qu'elle est très-diffluente ou très-dure dans la moitié ou le tiers de sa longueur, tandis que le reste offre la consistance naturelle à cet organe.

La substance médullaire présente quelquefois une coloration jaune chez les enfans ictériques, un aspect légèrement rosé dans le cas de congestion, et enfin une blancheur remarquable chez les enfans exsangues et

chlorotiques. M. Lobstein a trouvé cette coloration jaune de la moelle chez des embryons; il a cru devoir lui donner un nom particulier (kirronose). (Répertoire d'anatomie.)

Du cerveau. Le cerveau du nouveau-né ne ressemble que par la forme générale au cerveau des adultes; il en diffère totalement par sa consistance et par son aspect; la consistance est absolument celle de la colle; il se laisse couper par tranches assez nettes, mais il ne tarde pas à se ramollir au contact de l'air. Sa couleur est blanchâtre; il n'existe point encore de ligne de démarcation bien tranchée entre la substance corticale et la substance blanche, de sorte qu'on ne trouve pas en coupant horizontalement les deux hémisphères par leur moitié, le centre ovale de Vieussens, comme chez les adultes. Cependant on reconnaît aisément le siége qu'occupera la partie corticale à la présence d'une ligne moins colorée que la substance centrale, et qui serpente à la superficie du cerveau le long des circonvolutions cérébrales. La substance blanche est ordinairement très-injectée, ou parcourue par un grand nombre de vaisseaux, ce qui lui donne habituellement une couleur plus foncée que la partie la plus superficielle de la masse cérébrale, disposition tout-à-fait inverse de ce qu'on remarque chez les adultes.

Le cervelet n'offre pas non plus entre ses deux substances des différences d'aspect aussi tranchées que dans un âge plus avancé, mais elles sont cependant plus faciles à distinguer que dans le cerveau.

La moelle allongée est plus avancée dans son organi-

sation, on y distingue aisément et la direction des fibres médullaires et les différences d'aspect de chacune des substances qui entrent dans sa composition, et il est à remarquer que les parties de la masse cérébrale qui sont les plus voisines de la moelle allongée, sont aussi plus avancées dans leur organisation que les régions qui s'en éloignent davantage : c'est une conséquence nécessaire du mode d'organisation de l'appareil cérébro-spinal dont le développement marche progressivement de la moelle épinière vers l'encéphale proprement dit.

Plusieurs causes peuvent imprimer au cerveau des nouveau-nés des modifications d'aspect qu'il est important de connaître.

La rougeur pointillée ou sablée est très-commune surtout au centre et en dehors des corps striés; si la congestion sanguine est considérable, la substance cérébrale prend une teinte violacée qui s'étend quelquefois uniformément, et qui, d'autres fois, rampe par traînées ou par vergetures d'un point de l'hémisphère à l'autre. Les vaisseaux du cerveau sont, dans certains cas, si bien injectés qu'on peut les suivre et qu'on les voit s'épanouir des corps striés à la circonférence des hémisphères.

J'ai souvent trouvé la substance cérébrale très-jaune chez des enfans ictériques.

Le cerveau, comme la moelle épinière, peut être remarquable par la dureté de sa substance ou par son extrême ramollissement. Ce que j'ai dit relativement à ces deux sortes d'altérations pour la moelle épinière peut s'appliquer au cerveau. La consistance très-ferme de cet organe s'observe assez ordinairement après une sé-

rie de symptômes propres à faire présumer qu'elle est le résultat d'une inflammation.

Quant au ramollissement, il coexiste presque toujours avec un épanchement ou même une hémorrhagie cérébrale, et ici, comme pour la moelle, il est fort difficile de décider si l'hémorrhagie a précédé le ramollissement, ou si elle y a été consécutive.

Quoi qu'il en soit, voici dans quel état on trouve alors la pulpe cérébrale, à l'ouverture du crâne et des méninges. La substance cérébrale, réduite en bouillie floconneuse et considérablement mélangée de caillots de sang, s'échappe de tous côtés en répandant une forte odeur d'hydrogène sulfuré; ce ramollissement est plus ou moins étendu, plus ou moins avancé; un seul point d'un lobe ou un seul lobe peuvent être ramollis, comme aussi il est possible que les deux le soient à la fois : le ramollissement existe quelquefois sans épanchement sanguin, ce qui me porterait à croire que l'hémorrhagie est ordinairement consécutive au ramollissement.

L'injection, la congestion et l'inflammation des méninges offrent les mêmes caractères anatomiques que chez l'adulte, et ne méritent pas par conséquent ici une description particulière.

L'hydrocéphale aiguë ou chronique, avec ou sans altération profonde de la substance du cerveau, l'hydrorachis et le spina bifida sont des affections trop connues pour que je doive m'arrêter à les décrire.

Les vices de conformation du cerveau ne sont pas toujours accompagnés d'un vice de conformation du crâne. J'ai trouvé un cas d'anencéphalie très-prononcée sans qu'il existât à l'extérieur du crâne la moindre ap-

parence de ce vice de conformation ; l'enfant vécut trois jours ; il respirait assez librement, ses mouvemens étaient faibles, son cri peu soutenu, sa température basse. On trouva à l'autopsie cadavérique la cavité crânienne parfaitement bien conformée ; mais au lieu d'hémisphères cérébraux, il n'existait que deux saillies irrégulières formées par les couches optiques, et une partie des corps striés; il n'y avait pas de voûte à trois piliers, de septum médian, de ventricules latéraux, ni de lobes cérébraux à proprement dire. Les méninges, parfaitement intactes, se trouvaient remplies d'un fluide jaune et transparent qui les tenait distendues, et à travers lequel on apercevait les rudimens du cerveau, tels que je viens de les décrire.

Ce cas me paraît intéressant sous le rapport de la médecine légale ; en effet, si le crâne de cet enfant n'avait pas été ouvert, on n'eût pas constaté l'anencéphalie, et par conséquent il eût été possible d'affirmer que l'enfant était viable, et qu'il avait succombé à une inflammation intestinale; car le gros intestin était le siége d'une phlegmasie très-intense. Il ne faut donc jamais négliger l'examen du crâne des nouveau-nés, surtout lorsqu'on est requis par les magistrats pour faire l'examen de leurs cadavres. Ce précepte est d'autant plus important que l'appareil cérébro-spinal peut être le siége, comme on vient de le voir, d'un grand nombre de maladies qui pourraient échapper à un examen incomplet, et que l'on pourrait signaler comme causes de mort dans certaines circonstances particulières, où il est intéressant de constater avec exactitude le genre de mort auquel un enfant a succombé.

L'examen des nerfs, des ganglions, et des plexus nerveux, n'offre rien chez les nouveau-nés qui mérite ici quelques détails, surtout sous le point de vue médico-légal.

Organes de la locomotion. Les organes de la locomotion nous fourniront peu de remarques importantes. J'examinerai l'appareil musculaire, l'appareil ligamenteux et le système osseux.

Système musculaire. Dans l'état sain les muscles ont une couleur rosée, ils sont bien moins rouges que les muscles de l'adulte ; leur consistance est assez ferme ; la direction de leurs fibres est analogue à la forme générale et à la fonction particulière du muscle. Leurs expansions aponévrotiques sont moins denses et d'une couleur moins éclatante que chez l'adulte ; elles se rapprochent davantage de la texture celluleuse.

Les variétés d'aspect qu'offrent les muscles du nouveau-né sont :

1° La pâleur extrême ou la décoloration, 2° la congestion sanguine ; j'ai trouvé plusieurs fois des ecchymoses dans l'épaisseur des muscles, et il n'est pas rare d'y rencontrer un grand nombre de petites taches pétéchiales dont la forme et le nombre varient considérablement ; 3° la coloration jaune ; je l'ai vue une fois chez un enfant ictérique.

Système osseux. Le système osseux fournirait plus de remarques intéressantes à faire, car les divers degrés de son ossification peuvent jusqu'à un certain point indiquer l'âge du sujet ; mais ce point d'anatomie se trouve traité savamment et avec une grande exactitude dans le

mémoire de Béclard sur l'ostéose; je me bornerai donc à dire quelques mots sur ce sujet.

Chez l'enfant naissant les os, dépourvus de parties molles, ont un aspect rosé provenant de la quantité de sang qui les imbibe; leurs extrémités articulaires sont presque toutes cartilagineuses, leurs épiphyses se détachent avec la plus grande facilité, et ils se fracturent d'autant plus aisément que leur ossification est plus avancée.

Il ne faut pas confondre les fractures des os avec une scission ou une interruption de continuité, provenant d'un arrêt de développement. J'ai recueilli une observation intéressante à ce sujet, dont voici le résumé.

Observation. Un enfant de deux mois meurt à l'hospice de Enfans-Trouvés le 4 juin 1826, d'une pneumonie aiguë. A l'examen du cadavre je m'aperçois que l'humérus est mobile à sa partie moyenne où il existe une espèce de fausse articulation : l'observation attentive de cette partie permet de voir qu'il y a une solution de continuité de la substance osseuse à la partie moyenne de l'humérus, et dans une étendue de quatre lignes; cet espace est rempli par une substance cartilagineuse assez épaisse, dont les extrémités sont en contact avec les extrémités chagrinées de l'os, comme le sont les épiphyses avec les os auxquels elles appartiennent. Cet humérus n'était pas plus long que celui du côté opposé; l'espace dont je parle n'était donc pas formé par une substance déposée entre les deux fragmens de l'os, mais bien par un rudiment de l'état cartilagineux de l'os, que par une singulière anomalie, l'ossification n'avait pas envahi.

En supposant donc que les parens de cet enfant eussent été soupçonnés de mauvais traitemens à son égard, cette disposition aurait pu être prise pour une fracture, et considérée comme le résultat de ces violences ; or, cette conclusion n'eût été rien moins que certaine. Il est fort possible que les enfans venus au monde avec un si grand nombre de fractures, et dont M. Chaussier a cité un exemple remarquable, se soient trouvés dans le cas du sujet de cette observation. Je ne connais que la gravure que ce médecin a donnée du fait curieux dont il a enrichi les annales de l'anatomie pathologique, et je puis affirmer que l'examen de cette gravure n'a fait que confirmer dans mon esprit l'opinion que j'émets ici.

Les os du crâne présentent assez souvent ces anomalies d'ossification. J'en ai recueilli trois exemples dans une année ; les fibres osseuses, au lieu de se rendre du centre à la circonférence de l'os, sont disposées par îles entre lesquelles se trouve placée une substance cartilaginiforme : lorsqu'on touche ces os à travers les tégumens, on les dirait fracturés.

Cependant il n'est pas impossible que les os de l'enfant naissant soient fracturés par des causes extérieures, telles que les manœuvres de l'accouchement ou des efforts maladroits qu'on aurait faits pour nettoyer ou vêtir l'enfant. Cet accident même est assez commun. Sur 5,392 enfans entrés, dans l'année 1826, à l'hospice des Enfans-Trouvés de Paris, il y a eu 6 fractures sur des nouveau-nés, 2 de la clavicule, 1 du fémur, 2 de l'humérus et 1 du pariétal gauche (fracture en étoile avec épanchement dans le crâne). Outre les fractures récem-

ment faites, les nouveau-nés apportent encore en naissant des traces de violences ou de compressions extérieures sur quelque point du système osseux et surtout sur les os du crâne : ainsi, j'ai trouvé sur la région pariétale gauche d'un enfant naissant une cicatrice fermée, mais vermeille au cuir chevelu, une dépression très-sensible du crâne dans cet endroit, une ouverture oblongue au pariétal dans la partie correspondante, et enfin une hernie du cerveau dans la région temporale à travers une ouverture résultant de l'absence presque complète de la portion écailleuse du rocher : cette ouverture du pariétal avait un pouce de long et trois à quatre lignes de large, sa circonférence était irrégulièrement arrondie, son bord était comme usé en biseau vers la face interne. Tout porte à croire que la tête de l'enfant avait éprouvé dans l'utérus une compression qui avait déterminé la cicatrice du cuir chevelu, la solution de continuité du pariétal et la hernie du cerveau. Je n'ai pu malheureusement avoir de renseignemens sur la mère de cet enfant.

J'ai trouvé une autre fois chez un nouveau-né un enfoncement assez considérable à la partie antérieure et inférieure du pariétal droit, au dessus de la bosse pariétale : cet enfoncement n'était pas récent, il paraissait avoir été produit par une cause quelconque pendant les progrès de l'ossification.

Enfin le système osseux peut offrir dès les premiers jours de la vie des courbures rachitiques, et présenter les résultats d'un arrêt de développement dans une ou plusieurs des pièces d'un os, mais ces altérations de forme et de texture sont trop connues

pour qu'on évite de les rapporter à leur véritable cause.

Appareil ligamenteux. L'appareil ligamenteux ou articulaire n'offre que très-peu d'anomalies chez l'enfant naissant; ses maladies sont rares à cette époque, ses variétés d'aspect peu importantes à signaler sous le rapport médico-légal, et l'histoire de son développement qui seule pourrait offrir de l'intérêt, ne doit pas trouver ici sa place.

Organes génitaux. J'examinerai les organes génitaux, 1° chez le petit garçon; 2° chez la petite fille.

Les testicules se trouvent au niveau de l'anneau inguinal, où même l'ont en partie franchi à l'époque de la naissance; ils ne sont pas par conséquent entièrement enveloppés de la tunique vaginale qu'ils repoussent au devant d'eux. Ils sont d'un rose très-pâle, leur consistance est assez ferme, on distingue aisément leur texture filamenteuse: je les ai trouvés plusieurs fois jaunes chez des sujets ictériques. Les vésicules séminales encore petites et remplies d'un fluide séreux peu abondant n'offrent rien de remarquable. Les corps caverneux sont peu gorgés de sang. Le prépuce est toujours plus long que le gland qu'il enveloppe en entier.

Les vices de conformation des testicules et de la verge sont trop connus pour que je m'arrête à les énumérer.

La matrice est très-peu volumineuse chez la petite fille, sa cavité centrale est peu spacieuse; cependant ses parois ne sont pas tout-à-fait contiguës: elles sont ordinairement humectées par un fluide muqueux blanchâtre.

Le vagin est au contraire excessivement développé,

il présente une large cavité allongée et tapissée par une membrane muqueuse dont la sécrétion est très-abondante, car on trouve toujours dans ce conduit une grande quantité de mucosités très-blanches, très-adhérentes qui s'agglomèrent par pelotons : cette sécrétion que l'on pourrait regarder comme le résultat d'un état pathologique du vagin, dont la couleur est d'un rose tendre, existe chez presque toutes les petites filles, et semblerait être pour elles une voie de sécrétion nécessaire, tant est grande l'abondance de ces mucosités. Les ovaires et les trompes ne présentent rien de bien remarquable.

Le clitoris est, comme on le sait, très-développé chez les petites filles, il l'est même quelquefois à un tel point que l'on a pu le prendre pour un pénis, et confondre les sexes à l'époque de la naissance.

Les grandes lèvres sont fort saillantes, elles s'infiltrent et se tuméfient avec la plus grande facilité.

Du tissu cellulaire et adipeux. Le tissu cellulaire des nouveau-nés offre sa texture celluleuse très-développée, il jouit d'une grande élasticité et le produit de sa sécrétion est fort abondant : aussi est-il extrêmement commun de le rencontrer distendu par une assez grande quantité de sérosité. Lorsque l'accumulation de cette sérosité devient considérable, il en résulte que ce tissu est dur au toucher; mais cette dureté n'existe pas réellement dans le tissu cellulaire qui a conservé sa cellulosité, sa souplesse, et dont les fibres n'ont subi aucune modification organique; elles ont éprouvé seulement une distension mécanique, d'où il suit que l'expression d'*endurcissement du tissu cellulaire* est ex-

trêmement vicieuse ; ainsi nous ne devons voir dans cette affection qu'un œdème fort analogue à l'œdème des adultes, pouvant être accompagné d'affections particulières du cœur et des poumons dont il n'est pas le résultat nécessaire. (*Voyez* pour plus de détails sur cette affection les ouvrages de pathologie, et surtout celui du docteur Denis.)

La sérosité contenue dans les mailles du tissu cellulaire des ictériques, étant ordinairement jaune, ce tissu est le siége assez fréquent de cette coloration que l'on voit apparaître comme par bandes colorées, dans certaines parties où règnent des couches celluleuses. C'est encore dans ce tissu que se répand le sang des ecchymoses; aussi le trouve-t-on très-souvent teint en rouge plus ou moins foncé.

Le tissu adipeux n'est pas très-développé chez l'enfant naissant ; les vésicules adipeuses se voient souvent comme autant de granulations agglomérées à la surface ou dans les interstices des organes. Après la naissance il ne tarde pas à devenir le siége d'une nutrition très-active, ses couches s'épaississent et s'étendent prodigieusement, et c'est même à ce développement rapide que l'enfant doit les formes arrondies que ses membres prennent après la naissance. Le tissu adipeux des nouveau-nés, peu animé encore par l'influence nerveuse ou par l'activité de la circulation, se fige et s'endurcit lorsque la mort approche ou lorsque les progrès d'une grave maladie réduisent l'enfant dans un état de faiblesse et d'innervation profonde : aussi rencontre-t-on fréquemment des cadavres d'enfans dont le tronc et es membres sont le siége d'un véritable endurcisse-

ment, dénomination aussi exactement applicable dans ce cas qu'elle convient peu dans l'infiltration séreuse du tissu cellulaire. Les médecins devront donc ne jamais perdre de vue ces deux états du tissu cellulaire et du tissu adipeux.

Le tissu adipeux est souvent jaune dans l'ictère. Il arrive même qu'on ne trouve que sur lui seul cette coloration tandis que toutes les autres parties du corps n'y participent pas.

Je termine ici la revue générale que je m'étais proposé de faire des caractères anatomiques que présentent les organes du nouveau-né dans l'état sain, dans l'état anormal et dans l'état pathologique.

QUATORZIÈME LEÇON.

De l'Infanticide.

Quoique le mot *infanticide* signifie meurtre d'un enfant (1), on l'emploie pour désigner le meurtre d'un enfant naissant ou nouveau-né, et l'on suppose presque toujours que le crime a été commis par la mère. Voici quel est l'état actuel de la législation sur ce sujet.

« Est qualifié d'infanticide, le meurtre d'un enfant nouveau-né. » (Code pénal, art. 300.) « Tout coupable d'assassinat, de parricide, d'infanticide et d'empoisonnement, sera puni de mort. » (Code pénal, art. 302.) « Les cours d'assises lorsqu'elles auront reconnu qu'il existe des circon-

(1) *Infans*, enfant : *cædere*, tuer.

stances atténuantes, et sous la condition de le déclarer expressément, pourront dans les cas et de la manière déterminés par l'art. 5 et suiv., jusques et y compris l'art. 12, réduire les peines prononcées par le Code pénal. » (Code pénal, art. 4 de la loi du 25 juin 1824.) « La peine portée par l'art. 302 du Code pénal, contre la mère coupable d'infanticide, pourra être réduite à celle des travaux forcés à perpétuité. Cette réduction de peine n'aura lieu à l'égard d'aucun individu autre que la mère. » (Même loi, art. 5.) « Si, par suite de l'exposition et du délaissement, prévus par les articles 349 et 350 (1), l'enfant est demeuré mutilé ou estropié, l'action sera considérée comme blessures volontaires à lui faites par la personne qui l'a exposé et délaissé; et si la mort s'en est suivie, l'action sera considérée comme meurtre : au premier cas, les coupables subiront la peine applicable aux blessures volontaires; et au second cas, celle du meurtre. » (Code pénal, art. 351.)

Il est à remarquer que le Code pénal n'exige point qu'il y ait *préméditation;* il suffit que le crime ait été volontaire pour entraîner la peine de mort ou des

---

(1) « Ceux qui auront exposé et délaissé en un lieu solitaire un enfant au-dessous de l'âge de sept ans accomplis; ceux qui auront donné l'ordre de l'exposer ainsi, si cet ordre a été exécuté, seront, pour ce seul fait, condamnés à un emprisonnement de six mois à deux ans, et à une amende de 16 francs à 200 francs. » (Code pénal, art. 349.)

« La peine portée au précédent article sera de deux ans à cinq ans, et l'amende de 50 francs à 400 francs, contre les tuteurs ou tutrices, instituteurs ou institutrices de l'enfant exposé et délaissé par eux ou par leur ordre. » (*Ibid.*, art. 350.)

travaux forcés à perpétuité; il n'est pas fait mention non plus du meurtre d'un enfant naissant, quoique évidemment on doive encourir la même peine que lorsqu'on assassine un enfant qui vient de naître.

Les magistrats réclament si souvent les avis des médecins dans la question importante qui nous occupe, que nous croyons devoir l'examiner avec détail. Lorsqu'on est appelé à faire un rapport sur un cas de ce genre, il faut, 1° *Déterminer quel est l'âge de l'enfant dont on a trouvé le corps* : en effet, il résulte quelquefois de cet examen que l'enfant est si loin d'être à terme, qu'il ne peut avoir vécu au-delà de quelques instans; tout porterait alors à écarter la présomption du crime.

2° *Examiner si l'enfant n'était pas mort avant de sortir de l'utérus* : il est évident qu'on éloignerait toute idée d'infanticide, si on prouvait que l'enfant que nous supposerons même à terme, eût péri naturellement lorsqu'il était encore contenu dans la matrice.

3° *Établir, dans le cas où un enfant serait sorti vivant de l'utérus, s'il a vécu après l'accouchement, ou s'il est mort en naissant* : on sentira l'importance de cette question, en apprenant que la mort pendant la naissance peut être l'effet d'une foule de causes innocentes que l'on apprécie en examinant la nature et la durée du travail de l'accouchement. Si l'on s'assurait que l'enfant a succombé à l'une ou à l'autre de ces causes, on devrait nécessairement écarter tout soupçon de crime.

4° *Si l'enfant a vécu après sa naissance, déterminer le temps pendant lequel il a vécu* : on imagine bien qu'il est impossible même de présumer qu'un enfant a été tué, parce qu'il a respiré et vécu pendant un certain

temps, la mort pouvant être le résultat d'une infinité de causes innocentes; il importe donc de savoir combien de temps il a vécu, pour apprécier si le moment de sa naissance correspond à celui de l'accouchement de la femme que l'on accuse. Ne serait-on pas disposé à écarter la présomption du crime, si on établissait qu'un enfant n'a vécu que quelques heures, tandis qu'il serait prouvé que l'accusée serait accouchée depuis plusieurs jours?

5° *En supposant que l'enfant ait vécu après sa naissance, chercher à reconnaître depuis quand il est mort :* on conçoit en effet que plus le moment de la mort est éloigné de celui où l'on examine le cadavre, plus l'époque de l'accouchement est reculée, et cette seule considération peut suffire pour détruire les soupçons qui planent sur une femme?

6° *Si tout porte à croire qu'un enfant a vécu après l'accouchement ou qu'il est mort en naissant, déterminer si la mort est naturelle, ou si elle peut être attribuée à quelque violence, et dans ce cas quelle en est l'espèce.* Les cinq questions précédemment examinées n'ont souvent pour objet que de faire écarter l'idée du crime, à l'aide de considérations en quelque sorte négatives; aucune d'elles ne suffit pour établir l'infanticide : il n'en est pas de même de celle-ci, que l'on doit regarder comme la véritable pierre de touche, puisqu'elle sert à établir matériellement l'assassinat.

7° *En admettant qu'un enfant dont on a trouvé le corps ait été tué, est-il possible de prouver qu'il appartient à la femme que l'on a accusée, et qu'elle est l'auteur du meurtre.*

§ Ier.

Déterminer quel est l'âge de l'enfant dont on a trouvé le corps. (*Voy.* pag. 43 et suiv.)

§ II.

Examiner si l'enfant n'était pas mort avant de sortir de l'utérus.

Le fœtus peut périr dans la matrice à une époque quelconque de la grossesse; l'expulsion du petit cadavre peut avoir lieu immédiatement après la mort, ou bien plusieurs jours et même plusieurs semaines après : or, il est aisé de prouver que les caractères qu'il présente, varient suivant l'époque de la mort et le temps qui s'est écoulé entre le moment où il a cessé de vivre et celui où il a été expulsé; il est donc impossible de donner une description générale du cadavre d'un fœtus mort dans l'utérus. On ne saurait résoudre complétement la question qui nous occupe, sans examiner 1° les signes fournis par la femme et par le fœtus avant la naissance; 2° les variétés que peut présenter le cadavre du fœtus; 3° l'état de l'arrière-faix.

A. *Signes fournis par la femme et par le fœtus avant la naissance.* Les signes de ce genre indiqués par les auteurs pour établir que l'enfant est mort, peuvent se réduire aux suivans : 1° maladies graves dont la mère aura été atteinte avant l'accouchement; 2° évacuation prématurée des eaux de l'amnios; 3° écoulement fétide par le vagin; 4° lenteur et faiblesse des douleurs; 5° ballottement incommode dans l'abdomen, sentiment de

pesanteur du côté sur lequel la femme se couche ; 6° cessation des mouvemens du fœtus ; 7° évacuation du méconium pendant le travail, lorsque l'enfant présente toute autre partie que les fesses ; 8° défaut de pulsations du cordon ombilical, et son refroidissement ; 9° putréfaction et séparation du cuir chevelu. Examinons chacun de ces signes.

Maladies dont la mère aura été atteinte pendant la grossesse. Il est permis tout au plus de soupçonner que le fœtus a pu périr dans l'utérus, lorsqu'on apprend qu'avant l'accouchement la mère a éprouvé une ou plusieurs maladies graves, comme des phlegmasies, des convulsions, des hémorrhagies considérables, une forte commotion à la suite d'une chute, d'un coup, etc. ; ou bien qu'elle a commis des imprudences, soit en soulevant des fardeaux trop forts, ou en se livrant à un exercice immodéré et forcé, soit en abusant d'alimens excitans, de boissons spiritueuses et des plaisirs de l'amour ; ou bien enfin, qu'elle a été tourmentée par des passions violentes. En effet, comme il est parfaitement avéré que des femmes enceintes soumises à la plupart de ces causes, sont accouchées à terme d'enfans bien portans, on aurait tort d'attacher à de pareilles causes plus d'importance qu'elles n'en méritent, et de conclure que la mort du fœtus est constamment le résultat de leur action. N'y aurait-il pas de l'impéritie et de l'injustice, par exemple, à déclarer dans certaines circonstances que la mort de l'individu a été occasionée par quelques coups portés à la mère ?

Evacuation prématurée des eaux de l'amnios. On ne doit accorder aucune confiance à ce signe, puisqu'on

a vu des femmes accoucher d'enfans vivans et bien portans, quoique les eaux de l'amnios fussent écoulées depuis trois, dix, vingt et même cinquante-trois jours.

Écoulement fétide par le vagin. Ce signe offre peu de valeur, d'une part, parce que souvent l'écoulement vaginal est limpide et presque inodore dans certains cas où l'enfant est mort, et de l'autre parce qu'il est quelquefois trouble, grisâtre, verdâtre et d'une odeur insupportable lorsque l'enfant naît vivant, ce qui peut tenir à quelque affection du vagin, à des grumeaux de sang retenus dans la matrice, à une infection vénérienne de l'enfant, avec ulcération et suintement fétide, à une certaine quantité de méconium expulsé par la compression de l'abdomen, ce qui arrive surtout lorsque l'enfant vient par les pieds.

Lenteur des douleurs. Le simple énoncé de ce signe suffit pour en faire sentir la nullité; il est évident, d'après une quantité innombrable de faits, que la lenteur du travail ne prouve pas plus la mort de l'enfant, qu'un accouchement prompt n'établit qu'il a dû naître vivant.

Ballottement du ventre. Il est parfaitement avéré que chez la plupart des femmes grosses qui ont éprouvé un ballottement incommode en se couchant sur l'un ou l'autre côté, l'enfant était mort; mais comme il est également constant que des femmes chez lesquelles on avait observé ce phénomène, sont accouchées d'enfans vivans, on ne saurait conclure d'après ce seul signe, que l'enfant est mort ou vivant; toutefois ce caractère offre une certaine valeur, surtout lorsqu'il s'y joint la

cessation des mouvemens du fœtus et l'issue du méconium. Pourtant on aurait encore tort de conclure que l'enfant est mort, d'après la réunion de ces trois signes seulement, puisque De Lamotte parle d'une femme qui les offrait, et qui accoucha naturellement d'un garçon qui vint au monde sans pleurer ni remuer, mais qui un moment après reprit ses forces et vécut.

Cessation des mouvemens du fœtus. Le défaut des mouvemens de l'enfant est loin d'être un signe certain de la mort : toutefois on pourra établir quelques probabilités en faveur de la mort dans l'utérus, si la femme assure qu'à une agitation extraordinaire du fœtus a succédé la cessation de tout mouvement dans la matrice, et qu'au lieu de se sentir légère comme auparavant, elle a éprouvé un poids incommode tantôt sur le rectum, tantôt sur la vessie, tantôt sur un des côtés du ventre, suivant qu'elle était debout ou couchée. Ces probabilités seront encore plus grandes, si deux jours après les mamelles se gonflent comme dans la fièvre de lait, pour s'affaisser ensuite, et si en même temps il survient de la fièvre, du malaise, qui cessent ordinairement au bout de quelques jours.

Évacuation du méconium pendant le travail. Ce caractère n'est d'aucune valeur, puisqu'on a vu des enfans vivans évacuer le méconium pendant le travail, ce qui dépendait probablement d'un relâchement du sphincter de l'anus.

Défaut de pulsations du cordon ombilical, refroidissement de ce cordon et du corps. S'il est vrai qu'il n'est plus permis de sentir les battemens des artères ombilicales, lorsque le fœtus est mort, il est également certain que

chez l'enfant vivant l'on ne sent plus les pulsations du cordon, lorsque celui-ci est comprimé entre les os du bassin et la tête ou toute autre partie du corps du fœtus; donc ce signe ne peut pas servir à lui seul pour résoudre le problème qui nous occupe. Quant au refroidissement du cordon et du corps, il n'a pas été observé chez plusieurs enfans qui étaient évidemment morts dans l'utérus; ce qui tient évidemment à ce que l'enfant mort dans le sein de sa mère, reçoit d'elle sa chaleur comme un corps inerte.

Putréfaction et séparation du cuir chevelu. Ce signe, lorsqu'il peut être constaté, ne laisse aucun doute sur la mort de l'enfant. Mais dans combien de circonstances ne manquera-t-il pas? Ainsi on ne l'observera ni lorsque l'enfant est mort pendant le travail ou peu de temps avant, ni dans les cas nombreux où les cadavres éprouvent dans l'utérus une altération particulière, distincte de la putréfaction. (*Voy.* page 333.) Mais admettons que le fœtus soit putréfié avant de naître; comment le reconnaîtra-t-on? Il est évident qu'il ne suffira pas de constater la présence d'un écoulement par le vagin d'un liquide trouble, bourbeux, fétide (*Voy.* page 329), et qu'il faudra nécessairement s'assurer que la peau du fœtus est mollasse, flasque, et qu'on sent pour ainsi dire sous le doigt une espèce de fluctuation pâteuse, que l'épiderme se détache par lambeaux de la partie qu'on touche, et que cette partie, étant comprimée pendant un moment, ne se relève point lorsqu'on cesse la pression. Il importe cependant de noter que l'on observe quelquefois la séparation de l'épiderme de la tête, dans le cas où l'en-

fant est vivant, ce qui peut dépendre de l'action prolongée de l'air atmosphérique sur la tête, long-temps retenue au passage, des doigts de l'accoucheur, qui a trop souvent réitéré le toucher, etc.

Il résulte de ce qui précède qu'aucun des signes mentionnés, excepté l'état de putréfaction *bien constaté*, pris isolément, n'est suffisant pour établir la mort du fœtus dans l'utérus; mais que leur ensemble peut faire naître de grandes probabilités en faveur de cette mort. L'absence de ces signes ne permet pas de conclure non plus que l'enfant est vivant au moment de l'accouchement, parce qu'il peut être mort depuis peu de temps, etc.

Que penser maintenant de plusieurs caractères indiqués par quelques auteurs, comme étant propres à résoudre cette question, et qui sont : la pâleur du visage, l'enfoncement des yeux, l'état plombé et livide des paupières, la mauvaise bouche, les baillemens fréquens, les maux de tête, les tintemens d'oreille, l'anorexie, les nausées, les vomissemens, les syncopes, les lassitudes spontanées, l'affaissement du ventre, la rétraction du nombril, la fièvre, la fétidité de l'haleine, l'humeur sombre et mélancolique, etc.? Ces caractères ne sont d'aucune utilité, pris séparément; réunis, ils peuvent tout au plus servir à corroborer le jugement que l'on aurait déjà porté. (*Voyez* pour plus de détails un Mémoire du Dr Gasc de Tonneins, inséré dans le Journal général de Médecine. Novembre et décembre 1826.)

B. *Variétés que présente le cadavre du fœtus.* Notre objet n'est point de détailler ici les diverses monstruosités, comme l'acéphalie, l'hydrocéphalie, etc., qui le plus souvent déterminent la mort du fœtus dans l'uté-

rus (*voyez* Viabilité); il ne sera point fait mention non plus des cas où la mort reconnaît pour cause, suivant quelques auteurs, la trop grande longueur ou la brièveté du cordon ombilical; nous ne nous occuperons que des fœtus bien conformés qui périssent dans la matrice. Cette question a été l'objet de recherches nombreuses, faites par M. Chaussier, que nous avons été souvent à même de vérifier.

Si un fœtus âgé au moins de cinq mois, meurt au milieu des eaux de l'amnios, et qu'il reste plusieurs jours ou plusieurs semaines dans la matrice, on observe que son corps est peu consistant, flasque, et ses membres lâches; l'épiderme est blanc, épaissi et s'enlève par le simple contact; la peau est d'un rose cerise ou brunâtre, tantôt dans toute son étendue, tantôt dans quelques-unes de ses parties seulement. Dans ce dernier cas, on pourrait être tenté de croire, surtout si le fœtus n'a que cinq ou six mois, qu'elle est l'effet de l'âge et non la suite de la mort; mais il sera facile de dissiper toute espèce de doute, en se rappelant que la couleur pourpre de la peau des fœtus de cinq à six mois, ne se remarque le plus ordinairement que dans certaines parties du corps. (*Voyez* page 53.) Le tissu cellulaire souscutané est infiltré d'une sérosité rouge sanguinolente; cette infiltration est surtout remarquable sous le cuir chevelu, où l'on aperçoit assez souvent une matière semblable par sa couleur et par sa consistance à la gelée de groseille; le péricarde et les cavités splanchniques contiennent aussi de la sérosité sanguinolente; les artères, les veines et les diverses membranes sont également rouges; la consistance des viscères est singulière-

ment diminuée, au point qu'ils peuvent être diffluens; les os du crâne sont mobiles, vacillans, dépouillés de leur périoste; les sutures du crâne sont très-relâchées : aussi la tête se déforme et s'aplatit-elle par son propre poids ; quelquefois le cerveau est dans un état de colliquation. On n'observe en général, au centre du vertex, ni ecchymose, ni tuméfaction œdémateuse, ce qui n'arrive pas *ordinairement* lorsque le fœtus sort vivant de l'utérus : toutefois nous avons vu, dans certaines circonstances, des fœtus morts dans la matrice plusieurs jours avant le commencement du travail, présenter une ecchymose en tout semblable à celle que l'on remarque au vertex des enfans nés vivans : cette lésion tenait sans doute à ce que, pendant les mouvemens actifs du fœtus, la tête avait frappé sur le détroit supérieur du bassin. Le thorax est affaissé, très-resserré, aplati ; il suffit d'un léger examen des organes de la respiration et de la circulation, pour être convaincu que le fœtus n'a point respiré. Le cordon ombilical est le plus souvent gros, mou, infiltré de sucs rougeâtres ou livides, et facile à déchirer; on aperçoit quelquefois des crevasses, des gerçures autour du nombril. L'abdomen est aplati. Il n'est pas rare de voir le périoste séparé des os longs, par la sérosité rougeâtre dont nous avons parlé; souvent aussi les épiphyses de ces os se sont désunies.

Les altérations que nous venons de décrire caractérisent un mode de décomposition particulier, *différent de la putréfaction* des fœtus qui sont exposés à l'air; il suffit d'avoir été à même de les constater une ou deux fois, pour être convaincu de cette vérité, malgré l'as-

sertion contraire de plusieurs auteurs. Toutefois, il est assez commun de voir des cadavres ainsi altérés, se pourir plus facilement que les autres lorsqu'ils sont exposés à l'air.

Si un fœtus âgé tout au plus de trois mois meurt au milieu des eaux de l'amnios, le cadavre ne présente aucune trace d'infiltration ni de rougeur ; mais il est plus ou moins ramolli.

Quel que soit l'âge d'un fœtus, s'il est expulsé peu de temps après la mort, on ne remarque aucun changement dans sa forme, sa couleur, sa consistance, son volume, etc.; mais il est aisé de s'assurer qu'il n'a point respiré.

Si la mort du fœtus a lieu peu de temps avant un accouchement laborieux, pendant lequel la matrice se contracte fréquemment et avec force, et que les eaux soient écoulées, il devient noirâtre et ne tarde pas à se pourir; il y a quelquefois même dégagement de gaz fétides par le vagin.

Dans des circonstances assez rares, le fœtus utérin ou extra-utérin, dont l'expulsion n'a lieu que longtemps après la mort, se dessèche, devient compacte, plus dur, et se trouve transformé en *gras*, état que nous décrirons en parlant de la putréfaction; il acquiert quelquefois une consistance pierreuse, et se conserve dans l'utérus jusqu'à la mort naturelle de la mère; enfin, on a encore observé, dans des cas de ce genre, qu'il pouvait tomber dans un état de colliquation putride. Béclard a présenté, à l'Académie royale de Médecine, un fœtus du sexe féminin à terme, qui était resté sept ans dans le sein de sa mère; il était contenu dans une

poche placée à gauche de l'utérus, et il paraissait transformé en une matière adipocireuse, semblable au gras des cadavres. (Séance du 11 mars 1824.)

C. *Caractères de l'arrière-faix.* Il est difficile d'admettre, avec certains auteurs, que des fœtus soient nés vivans lorsque l'arrière-faix était gangrené; au contraire l'observation démontre que la désorganisation du placenta, à la suite d'une maladie quelconque, entraîne nécessairement la mort du fœtus dans la matrice; il en est de même dans le cas de décollement du placenta avec hémorrhagie considérable; mais, il faut l'avouer, il est extrêmement difficile de juger, à l'aspect du placenta, s'il a été décollé avant l'expulsion du fœtus. Un ramollissement considérable de l'arrière-faix peut faire présumer que le fœtus a péri dans l'utérus.

C'est dans l'ensemble des considérations que nous venons d'émettre, que le médecin doit chercher les preuves de la mort du fœtus dans la matrice: vouloir décider la question d'après un petit nombre de caractères, ce serait évidemment s'exposer à commettre des erreurs graves.

§ III.

Établir, dans le cas où un fœtus serait sorti vivant de l'utérus, s'il a vécu après l'accouchement, ou s'il est mort en naissant.

Déterminer si le fœtus a vécu après l'accouchement. Est-il nécessaire de faire sentir l'importance de ce sujet? Ne voit-on pas qu'il est impossible de soupçonner que le crime a été commis après la naissance, s'il est prouvé

que l'enfant n'a point vécu ? Attachons-nous donc à établir si le fœtus est né vivant ou mort. Nous admettrons avec les auteurs que *vivre* et *respirer sont synonymes*, et que par conséquent il ne s'agit que de savoir *si le nouveau-né* a respiré. Mais est-il toujours aisé de déterminer s'il y a eu respiration ? Ne savons-nous pas, par exemple, que lorsque la respiration est *complète* l'air pénètre *constamment* jusqu'aux cellules bronchiques, et que quelques parties des poumons au moins sont assez légères pour nager sur l'eau, tandis que dans certains cas de respiration *incomplète*, chez des enfans faibles, l'air s'arrête dans la trachée-artère ou tout au plus dans les premières ramifications des bronches, et ne dilate pas les cellules bronchiques, en sorte que les poumons et tous leurs fragmens sont plus lourds que l'eau ? Nous verrons plus tard combien il est difficile alors de décider si l'enfant a respiré, et par conséquent s'il a vécu. Quoi qu'il en soit, la solution de la question relative à l'établissement de la respiration, repose tout entière sur l'examen du *thorax*, des *poumons*, du *cœur*, du *canal artériel* et du *canal veineux*, du *cordon ombilical*, du *diaphragme*, de la *vessie*, des *intestins*, et, suivant quelques auteurs, du *foie*.

Examen du thorax. Il est impossible d'admettre que la respiration ait lieu sans que le thorax augmente de volume ; l'observation prouve encore qu'il change de forme ; ainsi il était plus ou moins aplati avant la respiration, il offre un plus grand degré de voussure après. *Daniel* avait proposé de mesurer avec un cordon la circonférence du thorax, ainsi que la hauteur de la portion dorsale des vertèbres, et la distance qui les sépare

du sternum ; des observations faites comparativement sur des enfans qui auraient respiré, et sur d'autres qui seraient mort-nés, auraient pu, suivant cet auteur, fournir des résultats numériques propres à éclairer la question. Ce travail n'a pas été fait, et l'on en est réduit à juger la plus ou moins grande voussure du thorax, d'après la simple inspection. Pour peu que l'on réfléchisse aux nombreuses irrégularités que présente cette partie du tronc chez plusieurs individus, et à la difficulté que l'on éprouverait à établir quelques données positives, on sera convaincu que le caractère dont nous parlons n'offre qu'une valeur secondaire, et que l'on ne doit pas regretter que le plan conçu par *Daniel* n'ait pas été exécuté.

Examen des poumons (1). Les poumons, pendant la respiration, augmentent de volume, changent de situation et de couleur ; leur poids se trouve augmenté, parce qu'ils reçoivent une plus grande quantité de sang; leur poids spécifique est moins considérable parce qu'ils ont été dilatés par l'air. Étudions chacun de ces phénomènes.

A. *Volume et situation.* En général, avant la respiration les poumons sont flétris et n'occupent qu'un petit espace au fond du thorax. Si le fœtus a respiré pendant

(1) Comme il arrive assez souvent que des affections pulmonaires, se développent chez l'enfant pendant son séjour dans l'utérus, il ne sera pas sans intérêt de rappeler ici que les poumons présentent différens aspects que l'on pourrait confondre avec celui d'un poumon qui n'a pas respiré. (*Voy.* pag. 304.)

plusieurs jours, ils sont assez dilatés pour recouvrir presque la totalité du péricarde; si la respiration, quelque libre qu'on la suppose, n'a pas été de longue durée, le péricarde est loin d'être entièrement couvert : assez souvent la partie droite de ce sac membraneux est plus recouverte que la partie gauche, ce qui tient sans doute à ce que le poumon droit est plus volumineux que l'autre, et à ce que la bronche droite est moins longue, plus large et moins oblique que celle du côté opposé. Toutefois il résulte des observations faites par le docteur *Schmitt*, qu'il ne faut point regarder les résultats dont nous parlons comme constans : en effet, il a vu plusieurs fois les poumons de fœtus mort-nés remplir toute la cavité thoracique, tandis que chez un enfant qui avait respiré pendant trente-six heures, les poumons étaient si petits, quoique remplis d'air, qu'on eut de la peine à les apercevoir. *Daniel* avait conseillé de déterminer comparativement le volume des poumons des fœtus mort-nés, et de ceux qui ont respiré, en suivant le procédé que nous allons décrire.

Après avoir séparé les poumons du cœur et lié les gros vaisseaux qui s'y rendent ou qui en partent, on les fixe à un trébuchet très-sensible, que l'on met en équilibre, puis on les plonge dans un vase gradué, assez profond et rempli d'eau : le volume de liquide déplacé sera égal à celui des poumons, en sorte que le degré d'élévation de l'eau dans le vase indiquera la différence dans les volumes. Si les poumons appartiennent à un fœtus qui a respiré, et qu'ils ne plongent pas, on les place dans un petit panier en fil d'argent dont on connaît le volume, afin de pouvoir le déduire de celui

de l'eau déplacée. Ces expériences comparatives n'ont pas été faites, et il est évident, d'après les observations déjà citées de M. Schmitt, qu'elles seraient de peu d'utilité.

B. *La couleur des poumons* est en général brune ou violette chez les fœtus mort-nés, et *rosée* chez ceux qui ont respiré; mais on observe quelquefois l'inverse; les enfans qui, après avoir vécu un ou plusieurs jours, périssent suffoqués, offrent des poumons d'un rouge brun, tandis que d'autres, surtout s'ils ne sont pas à terme, présentent des poumons d'un blanc rosé, ou parsemés de taches rougeâtres, quoiqu'ils soient évidemment mort-nés : tel poumon, dont la couleur était brune avant l'ouverture du thorax, change de nuance aussitôt après le contact de l'air, en sorte qu'il est difficile d'avoir une idée exacte de sa couleur. Nous pourrions encore ajouter d'autres faits qui nous permettraient d'établir que le caractère dont il s'agit offre peu de valeur quand il est considéré isolément, mais que, réuni à d'autres, il peut être utile.

C. *Poids absolu des poumons.* Le poids des poumons est plus grand après la respiration qu'avant, parce qu'ils contiennent une plus grande quantité de sang : en effet, avant la respiration, le sang renfermé dans le ventricule droit du cœur arrive *en grande partie* dans l'aorte au moyen de l'artère pulmonaire et du canal artériel; celui que l'oreillette droite reçoit de la veine-cave inférieure, passe dans l'oreillette gauche au moyen du trou interoriculaire (de Botal) et de là dans le ventricule gauche et dans l'artère aorte sans parcourir les poumons. Toutefois il n'est pas exact de dire, avec M. Fo-

déré, *que les artères et les veines des poumons de fœtus qui n'ont pas respiré sont vides et dans un état de collapsus* (Méd. légale, T. 4, p. 481, 2e édition); en effet, il est aisé de s'assurer non-seulement que les artères et les veines pulmonaires contiennent du sang, mais encore qu'on les trouve quelquefois pleines de ce fluide à une distance assez grande dans le tissu des poumons. Les conséquences de cette erreur anatomique sont d'autant plus graves, que l'auteur qui l'a commise a voulu la faire servir à tort, comme nous le dirons plus loin, à déterminer si, lorsqu'un poumon surnage, sa légèreté dépend de ce que l'air a été insufflé ou inspiré.

Quand la respiration s'établit, au contraire, et que les communications par le canal artériel et le trou interoriculaire sont interceptées, le sang contenu dans l'oreillette et le ventricule droits ne peut parvenir à l'aorte qu'après avoir traversé les *poumons*. Cela posé, rien ne devrait sembler plus facile que de déterminer si un nouveau-né a respiré ou non, puisqu'il suffit de connaître le poids des poumons du fœtus avant et après la respiration; mais il n'en est pas ainsi : ce poids, loin d'être constant, offre des variétés infinies, ce qui rend le problème beaucoup plus compliqué qu'on ne l'aurait cru d'abord. Voici les moyens qui ont été proposés pour le résoudre.

Ploucquet voulait qu'on pesât le corps entier du fœtus, et qu'après avoir fait l'ouverture du cadavre, on prît exactement le poids des poumons séparés de leurs annexes, puisque, suivant lui, le corps entier pesant 70, les poumons pèsent 1, si le fœtus n'a point respiré, et 2 si la respiration a eu lieu. Les expériences qui avaient

conduit Ploucquet à admettre ces résultats n'étaient pas assez nombreuses pour qu'on dût en adopter les résultats sans les répéter : en effet, il ne les avait tentées que sur deux fœtus mort-nés, et sur un autre qui n'était pas à terme, mais qui avait respiré. MM. Schmitt et Chaussier, l'un à Vienne et l'autre à Paris, pénétrés de l'importance de ce sujet, ont enrichi la science de plusieurs centaines d'observations analogues, qui prouvent non-seulement que les rapports de pesanteur entre les poumons et le corps auquel ils appartiennent sont inconstans, comme Jœger l'avait déjà vu, mais encore *que le rapport de 1 à 70 et même au-dessus peut se rencontrer chez des fœtus qui ont respiré, comme celui de 2 à 70 s'observe chez d'autres qui n'ont pas respiré.* Les tableaux suivans, extraits du Dictionnaire des sciences médicales (art. Docimasie), mettront cette vérité hors de doute.

Experiences sur des fœtus qui avaient respiré.

M. SCHMITT.			M. CHAUSSIER.		
POIDS du corps.	POIDS des poumons.	RAPPORT du poids des poumons avec celui du corps.	POIDS du corps.	POIDS des poumons.	RAPPORT du poids des poumons avec celui du corps.
gramm.	gramm.		gramm.	gramm.	
1012	35	1 sur 29	1025	38	1 sur 28
1065	31	34	1040	32	34
1091	66	16	1100	25	44
1099	35	31	1168	17	43
1222	31	39	1224	46	26
1257	18	70	1250	41	31
1466	28	52	1469	25	59
1518	31	48	1520	39	39
1863	43	43	1850	43	43
1968	22	88	1958	31	63
2002	54	37	2000	72	28
2160	57	38	2150	60	36
2369	46	51	2360	38	62
2404	36	66	2400	74	32
2491	70	35	2490	97	26
2758	87	31	2750	93	28
2893	49	59	2900	54	54
2998	70	42	3000	113	27
3207	61	52	3250	65	50
3294	80	41	3300	75	44
3731	75	49	3650	105	35
4150	105	39	4040	42	96

Rapport moyen : $42 \frac{928}{1150}$.

Rapport moyen : $39 \frac{118}{1225}$.

Expériences sur des fœtus qui n'avaient pas respiré.

M. SCHMITT.			M. CHAUSSIER.		
POIDS du corps.	POIDS des poumons.	RAPPORT du poids des poumons avec celui du corps.	POIDS du corps.	POIDS des poumons.	RAPPORT du poids des poumons avec celui du corps.
gramm.	gramm.		gramm.	gramm.	
659	18	1 sur 36	650	6	1 sur 108
873	22	39	900	19	48
1065	70	16	1051	21	50
1361	36	37	1400	60	23
1572	39	40	1591	38	42
1577	33	47	1625	66	25
1915	41	44	1900	52	37
2090	35	59	2080	48	43
2177	32	67	2200	37	69
2221	28	79	2250	87	26
2352	54	43	2350	44	54
2589	74	34	2570	30	86
2648	43	61	2650	47	56
2758	35	79	2750	74	37
2980	44	67	2950	48	62
3102	70	44	3100	57	55
3312	61	54	3324	41	81
3451	49	70	3350	54	62
3502	61	54	3600	50	72
3660	57	64	3672	41	90
4150	50	83	4161	83	50
4185	83	50	4300	106	41

Rapport moyen : 52 $\frac{879}{1035}$.

Rapport moyen 49 $\frac{9}{1109}$.

On voit toutefois par l'inspection de ces tableaux, que si dans aucun cas les rapports ne sont tels qu'ils ont été indiqués par *Ploucquet*, du moins est-il vrai que presque jamais le poids du corps d'un fœtus qui a respiré n'est soixante-dix fois aussi considérable que celui des poumons, et que, dans le cas de non-respiration, le poids du cadavre entier est presque toujours plus de trente-cinq fois plus grand que celui des poumons; d'où il est permis de tirer cette conséquence, que si les rapports énoncés par *Ploucquet* ne sont point exacts, du moins est-il certain *qu'en général le cadavre entier d'un fœtus qui a respiré ne pèse pas soixante-dix fois autant que ses poumons, et que celui d'un fœtus qui n'a pas respiré pèse plus de trente-cinq fois autant que ces organes.* Ce résultat peut être utile, et nous aurions tort de rejeter la méthode de *Ploucquet*, comme l'ont fait certains auteurs, par cela seul que les rapports ne sont pas tels qu'ils avaient été annoncés.

Est-il nécessaire maintenant de chercher à expliquer l'inconstance de ces rapports? Ne voit-on pas que le poids du corps doit offrir des variétés nombreuses suivant qu'il contient plus ou moins de graisse, qu'il est plus long ou plus court, que l'enfant appartient au sexe masculin ou au sexe féminin, etc.? Ces causes nous ont paru tellement frappantes que nous avons imaginé de comparer le poids des poumons à *celui du cœur*, espérant qu'il y aurait beaucoup moins de variations dans le poids de ce dernier organe que dans celui du corps entier, et que par là les rapports que nous établirions seraient plus constans, et par conséquent plus propres à faire connaître si la respiration avait eu lieu. Voici le

sommaire du travail que nous avons entrepris à cet égard.

On a pris exactement le poids de plusieurs fœtus mort-nés, et d'autres qui avaient vécu plusieurs heures ou plusieurs jours; ces fœtus étaient à terme, à sept ou à huit mois. Le thorax ayant été ouvert, on a pesé séparément le cœur et les poumons après les avoir bien essuyés; le premier de ces organes avait été préalablement incisé pour en retirer tout le sang qu'il pouvait contenir; les veines-caves et pulmonaires, ainsi que les artères pulmonaire et aorte, ont été coupées aussi près que possible de ces viscères, afin que le poids de ceux-ci ne se trouvât pas plus grand qu'il n'est réellement. Le tableau suivant indique le rapport de pesanteur.

TABLEAU.

AGE du fœtus.	DURÉE de la respiration.	POIDS du corps.	POIDS du cœur.		POIDS des poumons.		RAPPORT entre le poids du cœur et celui des poumons.
		gram.	gram.	c.	gram.	c.	
A terme.	Trente-six heures.	2280	13	5	40	5	3
A terme.	Quatre jours et deux heures.	2000	10	5	50		$4\frac{4}{5}$ environ.
A terme.	Huit heures.	2650	19		50		$2\frac{3}{5}$ environ.
A terme.	Treize jours.	2700	15		59		$3\frac{14}{15}$.
A terme.	Deux jours.	2800	16	5	87		$5\frac{1}{4}$ environ.
Huit mois.	Neuf jours.	1700	9	5	66		7 environ.
Sept mois.	Quatre jours.	1450	9	5	54	5	$5\frac{7}{9}$.
Six mois et demi.	Deux heures.	800	5		24	2	5 environ.
A terme.	Mort pendant le travail.	2305	14		33		$2\frac{2}{5}$.
A terme.	Mort-né.	3100	17	5	38		$2\frac{1}{5}$ environ.
A terme.	Mort-né.	2200	9		36		4.
A terme.	Mort pendant le travail.	2900	15	5	29		$1\frac{13}{15}$ environ.
A terme.	Mort pendant le travail.	1750	17		35		$2\frac{1}{17}$.
Huit mois.	Mort-né.	1840	21	5	61		3 environ.
Sept mois et demi.	Mort-né.	1650	8		26		$3\frac{1}{4}$.
Sept mois.	Mort-né.	1270	5		25	3	5 environ.

Il résulte de ces expériences et de beaucoup d'autres dont nous ne ferons pas mention, 1° que le rapport du poids des poumons à celui du cœur n'est pas toujours le même chez les fœtus qui ont respiré comme chez ceux qui n'ont pas respiré; 2° que chez les premiers les poumons pèsent quelquefois sept fois autant que le cœur, tandis que dans d'autres circonstances ils ne pèsent que deux fois $\frac{3}{5}$ autant; 3° que chez les fœtus qui n'ont pas respiré, les poumons peuvent peser cinq fois autant que le cœur, ou seulement une fois $\frac{13}{15}$ autant; 4° qu'il est par conséquent impossible d'établir aucune règle fixe d'après le rapport dont il s'agit, pour savoir si la respiration a eu lieu.

Daniel avait publié, dès l'année 1780, un procédé différent de ceux qui ont été indiqués, dans le but de déterminer également si le fœtus avait respiré. Partant de ces deux principes d'hydrostatique généralement connus, 1° qu'un corps solide plongé dans un liquide, déplace autant de ce liquide qu'il y occupe d'espace; 2° qu'un corps solide plongé dans un corps liquide moins pesant que lui, y perd en pesanteur ce que pèse un volume de liquide égal à celui du corps solide, et que la pesanteur du liquide augmente dans la même proportion, il proposait de déterminer numériquement le volume des poumons, puis de les peser dans l'air et dans l'eau, en employant l'appareil décrit à la page 339. Il est évident, disait-il, que si les poumons d'un fœtus mort-né pèsent 100 à l'air libre, ils ne perdront que très-peu de leur poids lorsqu'ils seront pesés dans l'eau, puisqu'ils présentent peu de volume; supposons qu'ils ne pèsent alors que

70 (1). Si les poumons d'un enfant qui a respiré pèsent 200 à l'air libre, ils perdront beaucoup plus de leur poids quand ils seront pesés dans l'eau, vu qu'ils offrent un très-grand volume, et que par conséquent ils déplacent une plus grande masse de liquide; supposons qu'alors ils ne pèsent que 140. S'il s'agit au contraire de poumons de fœtus mort-nés, *qui ont été insufflés*, admettons que leur poids à l'air libre soit de 98 (2), ils perdront dans l'eau autant que ceux qui ont été dilatés par la respiration, puisqu'ils offrent le même volume; donc leur poids ne sera alors que de 38; d'où il suit que la différence de poids dans l'air et dans l'eau sera :

Pour les poumons du fœtus mort-né, de 30;

Pour ceux du fœtus qui a respiré, de 60.

Pour ceux qui ont été insufflés, de 60.

Il sera donc aisé, en construisant des tables qui indiquent les poids de ces organes dans l'air et dans l'eau, de décider s'ils appartiennent à des fœtus mort-nés ou à d'autres qui ont respiré ou dont les poumons ont été insufflés.

Le procédé de *Daniel* repose sur des principes de

---

(1) Aucun de ces nombres n'a été indiqué par *Daniel;* nous croyons devoir les employer, non pas que nous ayons la certitude qu'ils expriment au juste ce qui se passe, mais seulement parce qu'ils facilitent l'intelligence du procédé de cet auteur.

(2) Il est assez remarquable que les poumons d'un fœtus mort-né pèsent constamment davantage avant d'avoir été insufflés qu'après.

physique incontestables; mais il suppose que le volume et le poids des poumons ne varient point, ce qui est loin d'être exact; d'ailleurs les tables nécessaires pour en faire l'application n'ont point été dressées; en conséquence il serait impossible d'avoir recours à une pareille méthode dans l'état actuel de la science.

Le Dr *Bernt* a proposé, en 1821, un nouveau procédé propre à faire connaître si l'enfant a respiré; ce procédé n'étant pas exclusivement basé sur l'augmentation de poids qu'éprouve le poumon après la naissance, nous le décrirons à la quinzième leçon.

D. *Poids spécifique des poumons.* Les poumons d'un fœtus à terme qui n'a pas respiré sont plus pesans que l'eau; si la respiration a eu lieu, ils nagent, au contraire, sur ce liquide : dans le premier cas leur poids spécifique est plus considérable que celui du liquide; il l'est moins dans le second, parce qu'ils ont été dilatés par l'air. Voici comment on doit procéder pour estimer ce poids spécifique. « On retire de la cavité thoracique les poumons avec le cœur; on sépare la trachée-artère en faisant la résection à l'endroit où elle s'insère dans ceux-là; on a soin aussi de faire préalablement la ligature des gros troncs vasculaires, et après avoir essuyé le sang qui pourrait se trouver extérieurement sur les poumons, on les place doucement dans un vase rempli d'eau, assez spacieux pour qu'ils puissent flotter librement; ce vase doit être assez profond pour contenir au moins un pied d'eau, afin que la colonne de liquide soit proportionnée au volume ainsi qu'au poids des poumons et du cœur. L'eau

doit être propre, ni chaude ni glaciale, et surtout ne pas contenir en solution des parties salines, lesquelles, en augmentant sa densité, favoriseraient la surnatation; aussi l'eau de rivière est-elle en général préférable à l'eau de puits. On observe alors si les poumons et le cœur tombent au fond de l'eau, ou s'ils surnagent, s'ils se précipitent tout à coup ou lentement. On réitère ensuite cette expérience avec les poumons séparés du cœur. Dans le cas où un seul poumon surnage, il est important de remarquer lequel. Le même essai doit ensuite être fait avec chacun des poumons séparément, et avec chaque lobe coupé en plusieurs morceaux, afin de constater si chacun de ces morceaux surnage, ou s'il en est qui tombent au fond; dans cette dernière expérience, il est essentiel de ne pas confondre les uns avec les autres, les fragmens du poumon droit et du poumon gauche. Enfin, on exprime entre les doigts et sous l'eau, chacun de ces fragmens, pour observer s'il s'en dégage des bulles d'air, et si après avoir été ainsi exprimés, ils surnagent encore, ou s'ils vont au fond de l'eau.» (*Marc*, Dict. des Sciences médicales.)

Cette expérience, qui constitue la *docimasie pulmonaire hydrostatique* des auteurs (1), indiquée d'abord par *Galien*, et décrite en 1664 par *Thomas Bartholin* et *Jean Swammerdam*, ne fut appliquée à la médecine légale qu'en 1682, par *Schreger;* elle a été depuis l'objet de nombreuses contestations; plus on a voulu lui donner d'importance, plus ont s'est attaché à la

(1) δοχιμαζω, j'essaie.

combattre : cette lutte a été favorable à la science, puisqu'on est parvenu à établir ce résultat important, *que, si dans certains cas l'expérience hydrostatique ne peut être d'aucune utilité, il en est d'autres où elle prouve que la respiration a eu lieu.* La justesse de cette proposition sera mise hors de doute, par l'examen attentif des objections faites contre la méthode dont nous parlons.

Objection première. *Les poumons d'un fœtus mort-né peuvent être plus légers que l'eau parce qu'ils sont pouris, emphysémateux, ou qu'ils ont été insufflés.*

On ne saurait contester la force de cette objection, puisqu'il est certain que par suite de la putréfaction, de l'emphysème ou de l'insufflation des poumons, ces organes, qui d'abord étaient plus pesans que l'eau, peuvent devenir plus légers qu'elle : c'est ce qui sera mis hors de doute par les faits suivans :

A. *Putréfaction.* La possibilité de faire surnager les poumons d'enfans mort-nés, par le seul acte de la putréfaction, ayant été contestée par un assez grand nombre d'auteurs, tandis que d'autres l'ont admise sans hésitation, nous avons cru devoir tenter quelques expériences, tant sur les poumons isolés du corps auquel ils avaient appartenu, que sur des cadavres entiers.

Poumons isolés du corps. 1° Après avoir coupé en dix-huit fragmens les poumons de deux fœtus à terme mort-nés, on les a mis dans l'eau; ils n'ont pas tardé à gagner le fond du liquide; cinq jours après, dix de ces fragmens étaient à la surface, les autres continuaient à occuper le fond : on avait eu soin jusque là de changer l'eau une fois par jour; la température avait varié

de 12° à 17° th. R. Quatre jours après, au lieu de dix fragmens il y en a quatorze qui surnagent ; ils exhalent une odeur fétide : on les presse fortement dans l'eau pour en dégager les gaz, et aussitôt après ils se précipitent. Le lendemain on retrouve sept fragmens à la surface où ils restent pendant cinq jours, puis ils retombent successivement au point d'occuper tous le fond, le dix-huitième jour de l'expérience. Six jours après leur séjour au fond de l'eau, on change celle-ci, qui était excessivement fétide et colorée; ils ne tardent pas à se précipiter, et ils restent au fond du liquide. Au bout de dix jours, on regarde l'expérience comme terminée. Ces résultats s'accordent avec ceux qu'avait déjà obtenu *Mayer*.

2° Après avoir laissé dans l'eau depuis le 18 juin 1826 jusqu'au 25 août de la même année, les fragmens de huit poumons qui n'avaient pas été pénétrés par l'air, M. Billard a vu que tous ces fragmens restaient au fond, et cependant la décomposition putride était à son comble, puisque le tissu était réduit à un liquide rougeâtre très-fétide. *Pyl* avait déjà observé les mêmes phénomènes.

3° Après avoir coupé en quatre fragmens les poumons d'un enfant à terme, *qui avait vécu* pendant quelques heures, nous les avons mis dans l'eau; ils ont surnagé pendant dix jours : alors deux d'entre eux se sont précipités. Neuf jours après un de ces deux fragmens avait de la tendance à monter. Au bout de trois jours on voyait de nouveau deux fragmens au fond, et les deux autres au milieu du liquide sensiblement au dessous de sa surface. On a changé l'eau qui était for-

tement colorée; alors tous les fragmens ont gagné le fond où ils sont restés. Au bout de dix jours, on a regardé l'expérience comme terminée.

M. Billard a également remarqué la précipitation au fond de l'eau de deux poumons qui avaient été assez dilatés par l'air pour rester à la surface du liquide pendant deux mois : ces organes appartenaient à des enfans qui avaient respiré complètement. La putréfaction, en décomposant le tissu du poumon, dit ce médecin, donne lieu au dégagement de l'air qu'il contenait, de telle sorte que les fragmens d'un poumon putréfié sont plus pesans que l'eau, mais il faut pour cela que la décomposition soit complète, et que la dissociation des parties de l'organe soit possible.

Poumons non isolés du corps. Les résultats fournis par les expériences précédentes n'étant pas d'une application rigoureuse aux cas où il s'agit de déterminer si lorsqu'un *cadavre entier* est pouri, la supernatation des poumons doit être attribuée à la putréfaction, nous avons laissé pourir des cadavres entiers de fœtus mort-nés.

1° Trois cadavres de fœtus à terme, morts dans l'utérus vingt à vingt-cinq jours avant la naissance, ont été abandonnés à eux-mêmes à l'air libre, à la température de 24 à 28° th. centigr; toutes les ouvertures naturelles avaient été soigneusement bouchées pour empêcher les larves de pénétrer dans l'intérieur des cavités, et de dévorer les vicères: on a ouvert ces cadavres au bout de cinq jours, lorsque l'épiderme était entièrement détaché, qu'ils exhalaient une odeur extrêmement fétide, et que déjà les larves nombreuses qui étaient à

la surface du corps paraissaient être sur le point de se porter dans l'intérieur du thorax : *les poumons n'étaient pas sensiblement altérés, et ils gagnaient rapidement le fond de l'eau, même après avoir été coupés en petits fragmens.*

2° Désirant savoir si dans l'expérience précédente les poumons ne s'étaient point putréfiés, parce que l'air étant très-chaud et la putréfaction de la peau ayant marché avec beaucoup de rapidité, on avait été obligé d'ouvrir les cadavres trop peu de temps après leur exposition à l'air, on a abandonné à lui-même, le 3 avril 1827, *en plein air*, un fœtus à terme mort-né, encore frais, et dont la mort n'avait certainement précédé la naissance que d'un jour ou deux : on l'a ouvert le 20 avril, lorsque déjà des larves nombreuses commençaient à dévorer la peau, et que la putréfaction des parties extérieures était arrivée au point de ne plus permettre d'attendre (la température de l'atmosphère avait varié à l'ombre de 12 à 16° R.) *Le poumon gauche se précipitait au fond de l'eau et n'offrait aucune vésicule à sa surface; le poumon droit surnageait;* on voyait à sa surface une multitude de petites ampoules produites par des gaz développés entre le tissu du poumon et la plèvre pulmonaire : en pressant assez fortement ce poumon pour déchirer les bulles dont nous parlons, les gaz se dégageaient *et le poumon gagnait le fond de l'eau.*

3° Trois fœtus à terme morts dans l'utérus, ont été plongés dans l'eau le 6 avril, peu de temps après l'accouchement : deux de ces fœtus étaient morts au moins depuis dix jours lors de la naissance. Le 25 avril on en a

retiré un et on l'a ouvert sur-le-champ. Les poumons ne paraissaient pas altérés; ils se précipitaient rapidement au fond de l'eau; coupés par fragmens ils gagnaient également la partie inférieure du vase. La décomposition était très-avancée, puisque les parois abdominales étaient presque entièrement détruites, et que la peau des autres parties du corps était le siége de corrosions nombreuses.—Le 1er mai on procéda à l'examen d'un autre cadavre, au moment même où il fut retiré de l'eau. Les poumons entiers et coupés par fragmens *se précipitaient au fond de l'eau;* ils offraient la couleur et l'aspect des poumons d'un fœtus mort-né encore frais. La putréfaction de ce cadavre ne paraissait pas aussi avancée que dans l'expérience précédente. Le 9 mai on a procédé à l'ouverture du dernier fœtus, qui était resté dans l'eau jusqu'alors; la décomposition était tellement avancée qu'il ne restait plus de thorax ni d'abdomen; les viscères étaient à nu. Mis dans l'eau, *les poumons se sont précipités*, même après les avoir coupés en plusieurs petits fragmens: du reste ils offraient la couleur et l'aspect qu'ils auraient présentés s'ils eussent été examinés peu de temps après la naissance.

Il résulte évidemment des expériences qui précèdent: 1° que les poumons d'un fœtus mort-né à terme, séparés du corps, *peuvent*, *dans certaines circonstances*, *quitter le fond de l'eau* où ils sont restés pendant plusieurs jours pour venir à la surface et retomber ensuite; 2° que les poumons d'un fœtus à terme qui a respiré, mis sur l'eau, ne restent pas long-temps à la surface du liquide, mais qu'ils se précipitent; 3° *qu'il peut arriver*,

lorsqu'un cadavre entier d'un fœtus mort-né se pourit à l'air, que l'ouverture juridique du corps ne soit ordonnée qu'au moment où la putréfaction se sera déjà emparée des poumons ou d'une partie de ces organes *et les aura rendus assez légers pour nager sur l'eau*; 4° que si le cadavre du fœtus mort-né s'est pouri dans l'eau, les poumons ne surnagent pas tant que les parois de la poitrine n'ont pas été détruites par la macération; 5° que lorsque la décomposition a fait assez de progrès pour que la peau du thorax soit réduite en lambeaux, et que les poumons soient en contact immédiat avec l'eau (ce qui n'arrive qu'au bout d'un temps fort long), ces organes *peuvent surnager*, puisqu'ils sont alors placés dans les mêmes circonstances que les poumons des fœtus mort-nés, séparés du corps, dont nous avons parlé plus haut.

Ces conséquences nous conduisent naturellement à rechercher par quels moyens on pourrait distinguer, dans une question relative à l'infanticide, si la surnatation des poumons est l'effet de la putréfaction ou de la respiration. On exprimera les poumons entre les doigts, et l'on verra en les plaçant de nouveau sur l'eau, qu'ils se précipitent dans le cas de putréfaction, tandis qu'ils continuent à surnager s'il y a eu respiration; en effet, les gaz développés pendant la fermentation putride sont logés dans le tissu lamineux qui sépare les cellules bronchiques, et le plus souvent entre la plèvre et les poumons: or la plus légère pression suffit pour les dégager; tandis que l'air atmosphérique qui distend les poumons pendant la respiration, occupe les cellules bronchiques, et ne peut en être expulsé en entier

qu'avec la plus grande difficulté. Les auteurs ont encore indiqué les caractères suivans qui sont beaucoup moins concluans: 1° si la surnatation du poumon est due à la putréfaction, le thymus, les intestins, la vessie, etc., qui se pourissent avant cet organe, doivent également surnager, et si on les exprime entre les doigts, ils retomberont au fond de l'eau; il est impossible de nier que les viscères dont il s'agit ne deviennent assez légers pour nager sur l'eau, lorsqu'ils sont pouris; il est même probable que dans la plupart des cas où un cadavre entier se putréfie, ils acquièrent bien avant les poumons la propriété de venir à la surface du liquide; mais on observe souvent le contraire, lorsque ces organes sont détachés du corps; nous avons plusieurs fois vu, en plaçant dans un vase rempli d'eau les poumons, la vessie et le thymus d'un fœtus mort-né, ces deux derniers viscères occuper encore le fond du vase, lorsque les poumons nageaient déjà sur le liquide depuis plusieurs jours; 2° si on incise les poumons d'un fœtus qui a respiré, on voit qu'ils sont crépitans, lors même qu'ils ont été pouris; il n'en est pas ainsi de ceux d'un fœtus mort-né, que la décomposition putride aurait rendus assez légers pour surnager.

B. *L'emphysème* des poumons peut rendre *certaines parties* de cet organe assez légères pour les faire rester à la surface de l'eau, comme l'a souvent remarqué M. Chaussier chez les fœtus mort-nés que l'on avait été obligé d'extraire par les pieds, qui étaient morts pendant le travail de l'accouchement, et dont le bassin était étroit : or, comme les poumons étaient d'un brun violacé, qu'ils n'avaient point été insufflés, et que le

cadavre n'offrait aucun indice de putréfaction, M. Chaussier a attribué ce phénomène, avec raison, à la contusion que les poumons avaient éprouvée lors de l'extraction : il s'est fait, dit-il, dans leur tissu, une effusion de sang dont l'altération a fourni le dégagement de quelques bulles de gaz, et produit ainsi la légèreté spécifique *d'une partie* des poumons. On distinguera facilement que la surnatation est due à l'emphysème plutôt qu'à la respiration, en soumettant les parties qui sont plus légères aux épreuves indiquées à l'occasion de la putréfaction.

C. *Insufflation.* L'*insufflation* artificielle développe les poumons d'un fœtus mort-né, au point de les faire surnager. Voici ce que l'expérience démontre à cet égard. Lorsqu'après avoir isolé les poumons on les insuffle au moyen d'un tube de verre introduit dans la trachée-artère, il suffit de deux ou trois secondes pour leur communiquer une couleur rose, et les rendre crépitans et assez volumineux, pour qu'ils restent à la surface de l'eau (1). Si au lieu d'agir ainsi on insuffle de l'air à l'aide du tube laryngien dans les poumons qui n'ont pas encore été détachés du corps, on ne tarde

(1) Les expériences communiquées à l'Institut en septembre 1826 par M. Leroy d'Étioles établissent que l'insufflation pulmonaire détermine promptement la mort des lapins, des chiens de moyenne grosseur, et des moutons, quand elle n'est pas pratiquée avec précaution. On ignore quelle est la cause de cette mort, mais on sait qu'elle ne dépend pas, dans la plupart des cas, de la rupture des vésicules bronchiques, qui n'a été observée que fort rare-

pas à observer, outre ces phénomènes, la voussure du thorax, et le refoulement en bas du diaphragme, à moins que la trachée-artère, les bronches ou leurs divisions ne soient engouées par des mucosités, car alors le succès de l'expérience n'est pas aussi complet. Si l'insufflation de l'air se fait de bouche à bouche, ou par tout autre moyen moins énergique que le précédent, ses effets sont moins sensibles, et il faut beaucoup plus de temps pour parvenir à dilater les poumons au même degré. *Métzger* s'est trompé en avançant que dans tous les cas d'insufflation artificielle, il y avait défaut de voussure du thorax; ce caractère ne manque que lorsque l'insufflation a été incomplète, puisqu'en insufflant même de bouche à bouche, on a quelquefois pu le déterminer. On a encore avancé à tort que *dans tous les cas* d'insufflation, le poumon gauche, dont la bronche est plus longue et plus étroite que celle de l'autre, ne se dilatait pas aussi bien et aussi complétement que le droit; l'expérience prouve que, s'il en est ainsi dans beaucoup de cas, souvent le contraire a lieu chez des enfans qui ont respiré pendant plusieurs heures.

M. Billard ne partage pas tout-à-fait l'opinion que nous venons d'émettre relativement à la possibilité d'insuffler des poumons au point de faire surnager *tous leurs fragmens*. Ayant insufflé de l'air pendant long-temps et avec assez de force à l'aide d'un tube de

---

ment. L'état d'intégrité de la plupart des vésicules d'un poumon insufflé, fait concevoir facilement la surnatation de cet organe dans le cas même où une mort prompte aurait été la suite de l'insufflation.

verre d'abord, puis à l'aide d'un soufflet, dans la trachée-artère de trois fœtus mort-nés, l'un de cinq mois, l'autre de six, et le dernier de sept, il a vu en détachant les poumons, qu'ils n'étaient crépitans qu'au bord antérieur et au sommet, et qu'il n'y avait que les fragmens correspondans à ces portions qui fussent plus légers que l'eau. Dans une autre expérience, il a extrait du thorax les poumons d'un avorton de quatre mois et demi, mort-né, qui gagnaient rapidement le fond de l'eau; il les a insufflés séparément, et il les a d'abord vus se gonfler, puis s'affaisser; toutefois ils surnageaient lorsqu'on les mettait dans l'eau; mais en les coupant par fragmens, les parties appartenant au bord postérieur et à la base gagnaient le fond du vase. L'insufflation des poumons de deux enfans à *terme*, mort-nés, a fourni des résultats analogues; cependant il y avait dans ce cas une plus grande partie du poumon qui surnageait.

Ces expériences ont porté M. Billard à conclure *que plus l'enfant était voisin du terme, plus il était facile d'insuffler la totalité des poumons*. Les cerceaux cartilagineux de la trachée-artère et des bronches des fœtus fort jeunes, dit-il, ne jouissent pas de toute la consistance qu'ils auront par la suite : on les trouve souvent affaissés et comme comprimés ; d'où il suit qu'ils opposent quelque difficulté au passage de l'air dans leur calibre, ou repoussent ce fluide quand il y a éte poussé par force; aussi voit-on les poumons s'affaisser aussitôt qu'on cesse d'y insuffler de l'air. Si l'on joint à cela que les mucosités des bronches et le sang dont le tissu pulmonaire est souvent gorgé au bord postérieur de l'or-

gane, peuvent être de nouveaux obstacles au passage de l'air, on expliquera facilement comment il se fait qu'on ne réussisse presque jamais à pénétrer entièrement le tissu pulmonaire de l'air qu'on y insuffle, surtout si l'enfant naît avant terme.

On voit par ce qui précède, que si M. Billard croit devoir apporter quelques restrictions à ce que nous avons établi sur la possibilité d'insuffler les poumons d'enfans mort-nés, au point de les rendre plus légers que l'eau, il n'en résulte pas moins de son travail que par l'insufflation on pourra introduire dans les poumons, surtout dans ceux des enfans à terme, une assez grande quantité d'air pour les faire surnager, et par conséquent pour qu'il soit permis de les confondre avec ceux des enfans qui ont respiré.

Comment distinguer si la surnatation des poumons est l'effet de l'insufflation ou de la respiration? Ce ne sera pas en exprimant ces organes dans l'eau, car dans l'un et l'autre cas, l'air est contenu dans les vésicules bronchiques, et ne peut être expulsé en entier : aussi remarque-t-on que des poumons bien insufflés continuent à surnager même après une forte compression; les auteurs qui ont avancé le contraire avaient agi sur des poumons dans lesquels on n'avait introduit qu'une petite quantité d'air, ou qui avaient été mal insufflés. On ne peut espérer de résoudre ce problème, qu'en examinant attentivement l'état des vaisseaux pulmonaires, et en appréciant le poids absolu des poumons; en effet, si la respiration a eu lieu, les artères et les veines pulmonaires contiendront une plus grande quantité de sang que dans le cas d'insufflation, parce que celle-ci

ne détermine en aucune manière l'abord de ce liquide vers les poumons, tandis que par suite de la respiration, il s'établit un nouveau mode de circulation dont le résultat immédiat est l'accès complet du sang dans les vaisseaux pulmonaires : d'une autre part, l'insufflation n'augmente pas sensiblement le poids absolu des poumons, parce qu'ils ne reçoivent que de l'air; par la respiration au contraire, le poids de ces organes est augmenté de celui du sang qui afflue dans les vaisseaux pulmonaires : aussi les poumons d'un fœtus pèseront-ils davantage après la respiration que s'ils avaient été simplement insufflés. Quelque incontestables que soient les deux propositions que nous venons d'émettre, leur application présente tant de difficultés, qu'*elles peuvent tout au plus servir à établir des présomptions.* Comment distinguera-t-on, par exemple, que la quantité de sang contenue dans les vaisseaux pulmonaires répond précisément à celle qui doit se trouver dans les vaisseaux d'un poumon insufflé, ou de celui qui a été dilaté par la respiration? suffira-t-il de la simple inspection, ou bien faudra-t-il l'apprécier par la teinte plus ou moins foncée de l'eau dans laquelle on écrasera les poumons? Ces moyens, les seuls qu'il nous soit permis d'employer, sont évidemment insuffisans, puisqu'ils ne portent que sur la détermination de quantités que l'on peut appeler grandes ou petites, à volonté (1). Et pour

(1) Nous ne réfuterons pas de nouveau M. Fodéré lorsqu'il prétend pouvoir distinguer des poumons de fœtus mort-nés qui ont été insufflés de ceux qui ont respiré, parce que les vaisseaux artériels et veineux sont vides, et

ce qui concerne le poids absolu des poumons, quel sera le point de départ? S'il était prouvé comme l'avait indiqué Ploucquet, que chez un fœtus mort-né le poids du poumon étant égal à 1, celui de tout le corps est de 70, tandis que lorsque la respiration a eu lieu, le poids du corps étant de 70, celui du poumon serait égal à 2, la solution du problème serait assurée et facile; mais nous avons déjà vu que les choses étaient loin de se passer ainsi.

Il serait inutile de faire une énumération détaillée des cas où il sera indispensable de déterminer si les poumons ont été insufflés; nous nous bornerons à citer les deux suivans : *a* Une femme est accouchée clandestinement et sans témoins, d'un enfant qui ne respire point; elle cherche à le ranimer en lui soufflant de l'air dans les poumons; néanmoins l'enfant périt et on accuse la mère de l'avoir tué; ici l'accusation est particulièrement fondée sur la légèreté des poumons, qui est au contraire l'œuvre de la tendresse maternelle. *b* On insuffle de l'air dans les poumons d'un enfant mort-né, pour faire croire qu'il a vécu et qu'il a été détruit par sa mère.

Objection deuxième. *Il n'est pas impossible qu'un fœtus périsse en naissant, et que les poumons ou au moins quelques-uns de leurs fragmens soient plus légers que l'eau parce qu'il aura respiré au passage.* Ce fait est incontestable (1) : des fœtus dont la tête seulement avait franchi

---

dans un état de collapsus dans le premier cas. (*Voyez* page 340 de ce volume.)

(1) Nous avons examiné le 17 avril 1827 un fœtus mâle

la vulve, ont respiré et poussé des cris plus ou moins forts. Avant que des observations réitérées n'eussent mis cette vérité hors de doute, on objectait qu'il était difficile de l'admettre, parce que les parties sexuelles devaient comprimer le thorax qui y était comme enclavé, et l'empêcher de se dilater. Nul doute qu'il n'en fût ainsi, si l'arrêt du tronc et des autres parties était constamment le résultat de la compression dont nous parlons; mais dans la plupart des cas cet effet dépend d'une fausse position des épaules ou de la cessation des contractions utérines, et alors on conçoit qu'il est possible que la poitrine se dilate.

à terme non pouri, du poids de six livres, long de dix-huit pouces, et parfaitement constitué. Les poumons peu développés recouvraient à peine le péricarde, ils offraient l'aspect de ceux qui n'ont pas été dilatés par l'air, ils pesaient une once et demie, ils n'étaient crépitans que dans une très-petite partie, ils gagnaient très-rapidement le fond de l'eau; coupés en trente fragmens à peu près égaux, un seul de ces fragmens, celui qui correspondait à la partie crépitante de l'organe, restait à la surface du liquide; pressé fortement dans l'eau, ce fragment continuait à surnager; les vaisseaux pulmonaires contenaient une quantité de sang au moins égale à celle que l'on remarque dans les poumon des enfans qui ont respiré pendant long-temps. Ces caractères pouvaient nous porter à conclure que l'enfant dont il s'agit était né vivant, et qu'il avait vécu pendant un certain temps, surtout s'il était établi que les poumons n'avaient pas été insufflés : toutefois comme nous remarquions des signes de congestion sanguine à la face, à la tête et dans la cavité du crâne, que la peau du sommet

Osiander va même plus loin ; il admet le *vagissement utérin*, c'est-à-dire la possibilité qu'un fœtus respire et crie, lorsqu'après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux de l'amnios, et pendant les manipulations de l'accoucheur, sa bouche est placée près de l'orifice de la matrice, de manière à ce que l'air atmosphérique puisse y être introduit. Cette assertion contre laquelle s'élèvent des médecins distingués a été particulièrement appuyée sur les faits suivans : 1° Béclard après avoir incisé l'utérus d'une femelle pleine, sans toucher aux membranes, a remarqué des mouvemens respiratoires très-distincts, consistant dans l'ouverture

---

de la tête formait une tumeur œdémateuse considérable, et que le cordon ombilical n'offrait aucune trace de flétrissure ni de dessication, nous avons mis plus de réserve dans notre conclusion ; l'*enfant*, avons-nous dit, *a respiré, à moins qu'on ne prouve que ses poumons ont été insufflés ; mais comme la respiration a été faible, et que d'une autre part la tête a été le siége de désordres tels qu'on les observe chez les enfans qui périssent pendant le travail et par suite de la longueur de ce travail, il serait possible que cet enfant fût mort au passage et après avoir respiré*.... Il a été reconnu depuis de la manière la plus positive que l'enfant était mort-né, que les poumons n'avaient pas été insufflés, que la mère était primipare, et que le travail avait duré cinquante-une heures, et avait été pénible ; donc notre conclusion était fondée. Cette observation, qui n'est pas la seule que nous aurions pu citer, nous paraît bien propre à faire sentir toute la force de l'objection deuxième, et à rendre circonspects les médecins qui seraient disposés à agir avec précipitation en matière d'infanticide.

des narines et dans l'elévation des parois du thorax; ces mouvemens se répétaient à des intervalles assez régulièrement égaux, mais ils étaient lents. (Dissertation inaugurale). 2° Une femme enceinte éprouva après les premiers mouvemens de l'enfant une perte d'eau, perte qui se renouvela de temps à autre, et fit craindre un avortement. Vers le huitième mois de la grossesse, elle fit une chute qui fut suivie d'un écoulement brusque et considérable d'eau. On mit la malade au lit, le fœtus remua beaucoup ; mais au bout de quelques heures elle se sentit si bien, que sa famille se réunit dans sa chambre pour y souper. Au milieu du repas, les cris d'un enfant se font entendre sous la couverture, mais la sage-femme ne reconnaît rien qui indique un accouchement. Le Dr Zitterland, habitant de la maison, arrive assez à temps pour entendre très-distinctement les cris de l'enfant contenu dans le sein maternel. Toutes les précautions sont prises pour éviter les illusions, et l'on constate qu'il n'existe dans la maison aucun animal dont les cris auraient pu induire en erreur. Cependant les cris entendus par M. Zitterland ne se reproduisent plus; l'exploration apprit que l'accouchement n'était pas encore prêt à se faire; seulement la portion vaginale de l'utérus était effacée. Deux jours après, la malade mit au monde un fœtus chétif, qui paraissait être venu au terme de huit mois solaires. Il poussa quelques faibles cris immédiatement après sa naissance, tomba aussitôt dans un état d'asphyxie dont on ne parvint à le tirer qu'avec beaucoup de peine, et mourut une demi-heure après être venu au monde. (Nouvelle Bibliothèque Médicale, juin 1823.) 3° Le 10

octobre 1824, dit le Dr Henri, je fus prié par M. Jobert, Dr en médecine, de vouloir bien l'assister pour terminer un accouchement chez une femme dont le bassin vicié offrait un obstacle à l'expulsion naturelle du fœtus. En conséquence nous nous rendîmes chez madame G***, rue de..... : cette dame âgée d'environ 27 ans, d'une assez forte complexion, avait déjà eu deux grossesses qui ne furent point amenées à terme, le premier avortement ayant eu lieu à cinq mois de gestation, et le second à sept mois : ce dernier se termina après beaucoup de difficultés. Lors de notre arrivée, madame G*** éprouvait des douleurs assez vives, et les membranes étaient rompues depuis environ quarante-huit heures. Madame Paulin, sage-femme, était près d'elle, et nous assura que depuis trois jours qu'elle avait été appelée, la tête du fœtus n'avait pas varié de position. M. Jobert ayant déjà reconnu d'avance le vice de conformation du bassin, m'engagea de vouloir bien m'en assurer moi-même. Je trouvai la tête de l'enfant au-dessus du détroit abdominal, l'occiput tourné vers la fosse iliaque droite, et la face vers la fosse iliaque gauche, l'oreille droite appliquée sur l'angle sacro-vertébral et l'oreille gauche sur le pubis. Les pariétaux seuls s'étaient engagés à travers le détroit abdominal, et faisaient une légère saillie dans l'excavation du bassin : l'ouverture de l'utérus pouvait avoir deux pouces de diamètre. La femme présentait ce double vice de conformation, qui consiste dans une saillie très-forte de l'angle sacro-vertébral et un défaut de courbure du pubis, tel que le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal était vicié d'un pouce, et le diamètre iliaque

du même détroit agrandi d'autant. Nous pensâmes, M. Jobert et moi, qu'il fallait faire la version; mais comme la tête ne paraissait pas très-volumineuse, nous espérâmes pouvoir la dégager à l'aide du forceps; cet instrument fut appliqué. Au moment où M. le Dr Jobert faisait des tractions, *le fœtus poussa des cris distincts* à plusieurs reprises, pendant une douzaine de secondes, de manière à pouvoir être entendu de tous les assistans; mais la tête restant enclavée, malgré les efforts exercés sur elle au moyen du forceps, on fut obligé de cesser cette manœuvre. Nous nous entretenions sur la nécessité de faire la version de l'enfant, lorsque *de nouveaux cris aussi distincts* que les précédens se firent entendre, cris qui ne purent avoir lieu qu'à l'aide de plusieurs inspirations. Enfin lorsque j'introduisais la main pour aller chercher les pieds, au moment où elle glissait sur l'épaule gauche, le fœtus pour la troisième fois, *poussa des cris moins longs que les premiers*, mais cependant assez forts pour être entendus de toutes les personnes présentes. L'accouchement se termina avec beaucoup de difficulté, et l'enfant ne respirait plus à sa sortie de l'utérus; mais comme les battemens du cœur étaient assez forts, nous essayâmes divers moyens pour le rappeler à la vie, et je lui insufflai de l'air dans les poumons. Nos tentatives furent infructueuses; au bout de quelques minutes la circulation avait cessé. (Dictionnaire de Médecine en 18 volumes, art. Infanticide.)

Ces observations ne nous paraissent ni assez nombreuses ni assez détaillées pour nous faire admettre les vagissemens utérins; il aurait fallu par exemple,

comme l'a judicieusement remarqué M. Gimelle, dans un rapport lu à l'Académie de Médecine, s'assurer dans le cas observé par M. Henri, que l'air avait réellement pénétré dans le poumon : toutefois nous pensons que rien n'autorise, dans l'état actuel de la science, à nier la possibilité des vagissemens utérins, dans les circonstances mentionnées par Osiander. (*Voyez* p. 368.)

Schmitt, *Baudelocque* et plusieurs autres accoucheurs, admettent encore qu'un enfant peut respirer lorsque toutes les parties sont sorties excepté la tête, et que pour la dégager on est obligé d'introduire la main; l'air atmosphérique pénètre alors par le vagin jusqu'aux poumons. L'observation démontre en effet, que dans quelques cas de ce genre où l'enfant avait été extrait par la version, ses poumons nageaient sur l'eau, quoiqu'il fût mort pendant l'opération. *Mahon* suppose en outre le cas où le cordon ombilical s'entortille autour du col, pendant que l'enfant est ballotté dans l'utérus, en sorte qu'il en résulte une apoplexie mortelle, accompagnée de tous les signes d'engorgement; l'enfant peut respirer en franchissant le vagin et périr avant d'être né.

Objection troisième. *Le nouveau-né peut avoir respiré et ses poumons ne pas nager.* Quelque étrange que paraisse cette proposition, elle est parfaitement exacte; en effet, on observe souvent que les poumons sont plus pesans que l'eau chez les enfans qui naissent dans un grand état de *faiblesse*, chez ceux *dont les poumons s'hépatisent* quelque temps après la naissance, chez ceux qui étaient atteints de *pneumonie* avant de naître; enfin chez ceux qui offrent une *congestion pulmonaire sans inflammation.* Les causes de la submersion des pou-

mons dans les cas de *faiblesse de naissance*, consistent en ce que la dilatation des vésicules bronchiques *est nulle ou trop incomplète pour permettre à l'air d'y pénétrer;* celui-ci s'arrête dans la trachée-artère et dans les premières ramifications des bronches. Pour ce qui concerne la *pneumonie* et la *congestion pulmonaire* sans inflammation, l'air peut ne pas avoir pénétré jusqu'aux vésicules bronchiques, et s'il y est parvenu, il peut en avoir été expulsé en totalité ou en partie.

Faiblesse de naissance. Les exemples de nouveau-nés qui avaient respiré, et dont les poumons étaient plus lourds que l'eau, sont assez communs surtout chez les fœtus *non à terme*. Voici ce que l'observation démontre à cet égard : Si le fœtus est au moins âgé de sept mois, les poumons peuvent bien se précipiter au fond de l'eau, lorsqu'on les place entiers sur ce liquide ; mais il arrive assez souvent que si on les divise en plusieurs tranches, quelques-uns des fragmens surnagent. Si le fœtus n'est âgé que de cinq ou six mois, il peut se faire qu'aucun des fragmens pulmonaires ne reste à la surface du liquide.

Madame S*** accouche le 25 février 1809, d'un enfant à terme, qui meurt le 1er mars à deux heures du matin, sans avoir tété, et ayant eu la respiration *peu aisée*. En examinant le cadavre, on voit que le thorax, au lieu d'être *voûté*, est tout plat; le cœur est à *découvert*, la convexité du diaphragme très-saillante en *haut;* les poumons, nullement développés, sont *ramassés* de chaque côté de la colonne vertébrale; leur couleur est d'un *brun foncé*, excepté le gauche qui offre une traînée d'environ deux pouces de long sur un demi-pouce de large, d'un *rouge pâle;* le lobe inférieur droit est très-

enfoncé dans l'abdomen : placés sur l'eau, seuls ou unis au cœur, ils se précipitent; cependant la traînée, d'un rouge pâle, a une *tendance* différente; les vaisseaux qui se rendent à cet organe sont *vides* et contractés sur eux-mêmes; le trou interoriculaire et le canal artériel sont *ouverts;* l'insufflation développe très-bien les poumons, ce qui prouve qu'il n'y a point de vice organique. Tous les viscères abdominaux sont dans l'état naturel; il y a un peu de méconium dans le gros intestin; la vessie est vide parce que l'enfant avait évacué; les vaisseaux sanguins du bas-ventre sont remplis de sang. (*Schenkius*, Bib. médicale, année 1810.)

Trois enfans jumeaux, nés à trois heures, dans la nuit du 21 octobre 1826, sont apportés aussitôt à l'hospice des Enfans-Trouvés de Paris : l'un a 14 pouces, l'autre 13, l'autre 12. Malgré la petitesse de leur taille et la forme grêle de leurs membres et de leur corps, on peut juger d'après la consistance cornée des ongles, la longueur de leurs cheveux, etc., que ces enfans sont venus à *peu près à terme*. Le plus petit d'entre eux, du sexe féminin, est remarquable par la lenteur des mouvemens, l'état d'affaissement dans lequel il se trouve, et la nature particulière de son cri, qui ne consiste qu'en un hoquet pénible et étouffé; il est aisé de s'assurer que la *reprise* seule se fait entendre et qu'elle est entrecoupée, aiguë et pénible (1). La poitrine s'élève et s'a-

(1) Il est facile de reconnaître deux parties distinctes dans le cri de l'enfant, 1° le *cri* proprement dit, très-sonore et très-prolongé, se fait entendre pendant l'expiration,

baisse assez régulièrement, mais elle rend dans toute son étendue un son mat à la percussion, et l'application du stéthoscope ne fait nullement entendre la respiration. Le pouls est d'une petitesse extrême, on ne peut le sentir au bras; mais à l'aide du stéthoscope, on compte 50 battemens de cœur par minute. On fait boire à l'enfant quelques cuillerées d'eau sucrée, on le tient chaudement, on fait sur les parois de la poitrine quelques frictions sèches. Malgré ces soins l'enfant meurt à 11 heures du matin, huit heures après sa naissance. L'ouverture du cadavre est faite le lendemain à huit heures du matin. Le cordon ombilical est très-mou. On lie la trachée-artère au-dessous du larynx; les poumons et le cœur sont plongés ensemble dans un

---

cesse et commence avec elle et résulte de l'expulsion de l'air à travers la glotte; il suppose que l'air a pénétré dans les poumons, et par conséquent que la respiration a été complète ; 2° *un bruit* plus court, plus aigu, quelquefois moins perceptible que le cri, variant depuis le bruit d'un vent de soufflet jusqu'au chant aigu d'un jeune coq, et qui est le résultat de l'inspiration : c'est une sorte de *reprise* entre le cri qui vient de finir et celui qui va commencer. L'enfant dans les poumons duquel *l'air ne pénétrera pas*, mais dont il se bornera à traverser la glotte pendant l'inspiration, ne jettera aucun cri, *il ne fera entendre que la reprise*, qui pour l'ordinaire sera entrecoupée, aiguë, et par momens étouffée, et si après sa mort on examine les poumons, on verra *qu'ils n'ont pas respiré* une quantité d'air appréciable. Le médecin chargé de faire un rapport sur la viabilité ne saurait trop s'attacher à distinguer ces deux sortes de cris. (Billard.)

vase contenant de l'eau; ils se précipitent rapidement au fond : les deux poumons, détachés séparément, s'y précipitent également; cependant leur tissu n'est pas engorgé; le droit seulement offre à son bord postérieur une légère congestion sanguine; chaque lobe des deux poumons est séparé et plongé dans l'eau; ils se précipitent tous avec une égale vitesse; on les coupe en plusieurs fragmens, et ces fragmens sont mis en un véritable *hachis* et plongés ensuite dans le liquide : *toutes ces parcelles pulmonaires tombent au fond du vase* aussi précipitamment que si c'eût été des fragmens de rate ou de foie. Le cœur et les gros vaisseaux sont gorgés de sang; les ouvertures fœtales sont encore parfaitement libres.

Cinq enfans périssent peu de temps après leur naissance; sur deux d'entre eux qui ont vécu un jour entier, le bord antérieur des poumons était seulement crépitant dans une très-petite étendue : le reste était flasque, non vésiculeux et plus pesant que l'eau. Chez les trois autres qui ont vécu 4, 6 et 10 heures, on ne trouve point d'air dans le tissu des poumons, qui, coupés par fragmens, assez gros il est vrai, *se précipitent au fond de l'eau;* le cri était étouffé chez deux d'entre eux et l'on n'entendait que la *reprise* (*V*. la note de la p. 373). Deux de ces enfans étaient évidemment à terme et se trouvaient affectés d'endurcissement du tissu cellulaire; le cœur et les gros vaisseaux étaient gorgés de sang; les ouvertures fœtales étaient encore libres; enfin le tissu cellulaire des membres était considérablement infiltré d'une sérosité très jaune. Chez tous, la poitrine rendait un son mat dans tous les points de son étendue, et l'on ne pouvait entendre au stéthoscope le bruit

de la respiration. Chez tous la circulation était très-lente, et les tégumens un peu froids; enfin ils offraient tous les caractères de l'état des nouveau-nés qu'on désigne ordinairement sous le nom de faiblesse de naissance.

Hépatisation des poumons survenue après l'établissement de la respiration. Mancille, âgé de 14 jours, d'une forte constitution, vomit depuis deux jours le lait de sa nourrice et se trouve pris en même temps d'une diarrhée abondante; le ventre est légèrement tendu. La percussion rend un son clair dans tous les points de la poitrine; le stéthoscope indique que l'air pénètre librement dans les deux poumons. Le 1[er] février les symptômes changent, la diarrhée cesse, les vomissemens continuent; la respiration est courte, le cri étouffé et pénible; un cercle violacé environne la bouche; la figure se grippe par momens. Le côté droit de la poitrine rend un son mat à la percussion, et l'on entend à peine, à l'aide du stéthoscope, l'air pénétrer dans le tissu du poumon droit. L'enfant succombe le 9 février. Parmi les lésions observées à l'ouverture du cadavre, nous noterons seulement celles qui se rapportent à l'objet dont nous nous occupons. Le poumon gauche est sain et très-crépitant; le droit est *hépatisé* dans toute son étendue, et cependant sans accumulation de sang dans son tissu; il tombe rapidement au fond de l'eau, et ses fragmens les plus petits ne flottent pas à la surface du liquide. Le trou interoriculaire est oblitéré. Le cœur est assez plein de sang. Le canal artériel est encore ouvert. Les artères pulmonaires sont gorgées de sang.

Ce que nous avons vu chez un enfant de 14 jours,

dit M. Billard à qui nous avons emprunté ce fait, peut se rencontrer chez un enfant qui meurt quelques heures ou quelques jours après la naissance; le sang prend la place de l'air dans les cellules pulmonaires et fait perdre à l'organe sa texture cellulaire. Observons toutefois que dans la plupart des cas les poumons ne sont pas assez complétement hépatisés, pour qu'aucune partie de leur tissu ne recèle plus d'air; la mort arrive ordinairement avant que l'air soit totalement expulsé de ces organes.

Pneumonie développée chez l'enfant pendant son séjour dans l'utérus. Lorcher, garçon, âgé d'un jour, d'une faible constitution, est déposé à la crèche le 27 janvier 1826; il y reste languissant jusqu'à sa mort, qui a lieu le 30 janvier. Pendant ces quatre jours ses tégumens sont pâles, ses traits tirés, ses membres grêles, sa respiration lente et difficile; on entend un cri pénible. *Ouverture du cadavre.* Le poumon gauche est crépitant et peu gorgé de sang; le droit est *hépatisé* dans la plus grande partie de son étendue; il existe à sa base un point plus gros qu'une forte noix où le tissu du poumon est réduit en une *bouillie rougeâtre et pultacée;* aucun des fragmens hépatisés ne surnage lorsqu'on le met dans l'eau. Les bronches qui s'y rendent sont épaisses, rouges et renferment des mucosités puriformes, très-collantes et mêlées de stries de sang. Le cœur est gorgé de sang; le canal artériel est libre; le trou interoriculaire commence à s'oblitérer. — Une désorganisation aussi avancée du poumon est évidemment la suite d'une pneumonie déjà développée avant la naissance. L'état de marasme et la faiblesse de l'enfant, la

difficulté de la respiration dès les premiers jours de la vie, sont les preuves et les résultats de cette pneumonie congénitale. (Billard.)

Congestion pulmonaire sans inflammation. Certains enfans offrent dans tous les organes une turgescence sanguine si considérable que le sang est exhalé de toutes parts et reste stagnant dans les parties même les moins déclives; c'est ce qu'on observe particulièrement dans les poumons, le cœur et le foie. Les premiers de ces organes ne peuvent plus alors recevoir l'air que l'enfant inspire. En général les membres sont œdémateux, les tégumens violacés, les mouvemens lents et pénibles, le cri étouffé; la *reprise* (*V.* la note de la p. 273) toujours aiguë et entrecoupée, ne se fait entendre que par momens; les battemens du cœur sont obscurs, le pouls imperceptible, la température de la peau presque toujours basse; l'enfant plongé dans un état d'affaissement et d'engourdissement général, offre en outre le plus souvent cet état que l'on désigne vulgairement sous le nom d'*endurcissement du tissu cellulaire*. Après avoir langui pendant quelques heures ou quelques jours, ces enfans succombent, et on trouve à peine quelque peu d'air au bord antérieur des poumons, dont la surface est le plus ordinairement emphysémateuse. La mort semble avoir lieu par asphyxie. Il ne sera pas inutile de noter que ces enfans offrent souvent des épanchemens de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres et du tronc, que l'on serait quelquefois tenté d'attribuer à des violences exercées dans le but de détruire la vie. Le fait suivant recueilli par M. Billard vient à l'appui de ce qui précède :

Delarue, fille âgée de 3 jours, est déposée à la crêche le 27 mars 1826, et y meurt sans avoir été observée, le 29 du même mois. *Ouverture du cadavre* faite le lendemain. Enfant volumineux, ictère général, membres œdémateux; la face, le tronc et les membres sont couverts de pétéchies violacées, plus ou moins larges, qui donnent au corps un aspect chamarré ou tigré; la plus grande d'entre elles a le diamètre d'une lentille. L'estomac est rempli d'une assez grande quantité de sang visqueux et noir; sa surface ainsi que celle du jéjunum est parsemée de pétéchies rouges, très-petites, visibles seulement à l'intérieur de l'organe. On trouve dans le canal intestinal des épanchemens de sang répandus çà et là en nappe : la membrane muqueuse offre dans les points correspondans à ces épanchemens des ecchymoses pétéchiales semblables à celles de l'estomac; à la fin de l'iléon, le sang est plus noir et plus diffluent; le gros intestin est le siége d'une éruption folliculaire très-prononcée. Le foie qui a le double de son volume ordinaire est plein de sang; son tissu est ferme; il se coupe nettement et se laisse difficilement déchirer. La rate extrêmement volumineuse est très-gorgée de sang. Le cœur d'un volume aussi très-considérable est gorgé de sang; une sérosité jaunâtre est infiltrée à sa surface, qui est couverte de nombreuses pétéchies semblables à celles des tégumens externes. On en remarque également à la surface de la plèvre. Les ouvertures fœtales sont encore libres. *Les poumons sont gorgés de sang.* Les reins et la vessie présentent aussi de nombreuses ecchymoses. On trouve dans le tissu cellulaire des membres et des tégumens de l'abdomen de larges ecchymoses; le

sang qui les forme est infiltré et coagulé dans le tissu cellulaire; la peau, au niveau de ces endroits ecchymosés, offre une légère teinte violacée qu'on pourrait aisément prendre pour des meurtrissures.

Quoi qu'il en soit, il est possible de rendre à *certains* poumons d'enfans qui ont respiré et qui sont plus lourds que l'eau la faculté de surnager; il suffit de les exprimer dans ce liquide pour en chasser le sang.

Nous terminerons tout ce qui se rapporte à cette dernière objection par une remarque importante, c'est que dans beaucoup de circonstances, des poumons gorgés d'une grande quantité de sang, loin de se précipiter, restent à la surface de l'eau.

Objection quatrième. *En supposant même que l'on ait prouvé que le fœtus n'a pas respiré, il ne s'ensuit pas qu'il n'ait pas vécu;* en effet, un enfant peut naître enfermé dans ses membranes, et rester pendant quelque temps dans cette position sans respirer; il peut être submergé dans l'eau immédiatement après sa naissance; sa faiblesse peut être telle, comme on le voit dans l'asphyxie des nouveau-nés, qu'il ne donne aucun signe de vie pendant plusieurs heures; le défaut de respiration peut encore tenir à ce que la langue est collée ou adhérente au palais, à ce que le thymus trop volumineux s'oppose à la dilatation du poumon, à ce que le diaphragme est le siége d'une ou plusieurs tumeurs; enfin, à ce que les voies aériennes sont obstruées par des mucosités, par l'eau de l'amnios, etc. Dans tous les cas dont nous parlons, le fœtus vit sans respirer, en sorte que s'il vient à périr parce qu'il manque de secours ou par toute autre

cause, et que l'on compare le poids des poumons à celui de l'eau, on verra qu'ils se précipitent au fond du liquide. Cette objection a d'autant plus de force, que l'observation démontre que les fœtus de plusieurs mammifères qui n'ont pas encore respiré ou qui n'ont respiré que très-peu, résistent beaucoup mieux aux causes de suffocation, que ceux qui ont déjà respiré pendant un certain temps (1).

---

(1) On ne peut pas, faute d'expériences directes, préciser le temps pendant lequel un enfant nouveau-né, à terme, plongé dans l'eau, peut vivre sans respirer; mais on peut déterminer la durée de sa vie d'une manière approximative, par analogie. Legallois a prouvé que les chiens, les chats et les lapins *nouveau-nés*, vivaient vingt-huit minutes dans l'eau; lorsqu'ils étaient plongés dans ce liquide *cinq jours* après la naissance, ils ne vivaient que seize minutes; s'ils étaient déjà âgés de *dix jours* quand on les plaçait dans ce milieu, ils ne vivaient que cinq minutes et demie; enfin, à l'âge de *quinze jours*, ils avaient atteint la limite que les animaux à sang chaud, adultes, ne peuvent guère dépasser, lorsqu'ils sont soustraits à l'action de l'air. Le cochon d'inde qui vient de naître, au contraire, ne peut vivre lorsqu'on l'asphyxie dans l'eau, que *trois* ou *quatre* minutes de plus que l'adulte. Frappé de la différence que présente la durée de la vie de ces animaux plongés dans l'eau, le docteur Edwards en a cherché la cause, et il a vu que les mammifères qui, à leur naissance, produisent assez peu de chaleur pour ne pas avoir, pour ainsi dire, de température propre, vivent beaucoup plus long-temps dans l'eau que ceux qui en développent assez pour conserver une tempé-

Il est évident d'après cela, qu'une femme accusée du crime d'infanticide, pourrait arguer de ce que l'enfant n'a pas respiré, qu'il n'a point vécu et qu'elle n'est point coupable. Lorsque nous nous occuperons de déterminer si la mort d'un enfant est naturelle, ou si elle peut être attribuée à quelque violence, nous indiquerons avec soin ce qu'il faudrait faire en pareille occurrence.

On a encore objecté *que le fœtus pouvait avoir respiré et n'avoir pas vécu*, puisqu'on a vu les poumons surnager chez un fœtus à terme, hydrocéphale et mort-né. Cette objection mérite peu d'attention, non-seulement parce qu'il n'est pas prouvé que le fœtus dont il s'agit n'ait pas vécu, mais encore parce qu'en supposant que le fait rapporté par le docteur Bénédict fût vrai et constant, il s'ensuivrait tout au plus que l'expérience hydrostatique n'est d'aucune utilité lorsqu'elle est appliquée à des individus atteints d'hydrocéphalie,

---

rature élevée, lorsque l'air n'est pas trop froid. Le caractère extérieur qui sert à rapporter une espèce à l'un ou à l'autre de ces groupes, consiste dans l'état des yeux, qui sont ouverts ou fermés à la naissance : or l'enfant naît les yeux ouverts, et l'on sait qu'il appartient au groupe de ceux qui produisent le plus de chaleur; il vivra donc moins de temps que les animaux qui sont dans les conditions opposées. « Ce n'est qu'aproximativement que nous pouvons juger de cette durée, dit le docteur Edwards; dans les expériences que j'ai faites sur les jeunes mammifères qui naissent les yeux ouverts, elle a été de *cinq* à *onze* minutes. » (De l'influence des agens physiques sur la vie, 1 vol. in-8°, pag. 265.)

résultat sur lequel on est d'accord depuis long-temps.

Examen du cœur, du canal artériel, du canal veineux et du cordon ombilical. Le *trou interoriculaire* (de Botal) existe toujours chez un fœtus à terme qui n'a pas respiré; et quoique moins apparent qu'à une époque plus rapprochée de la conception, il n'en est pas moins visible. Le canal artériel, les vaisseaux ombilicaux et le canal veineux ne sont pas oblitérés tant que la respiration n'a pas eu lieu. On observe le contraire, excepté dans des cas excessivement rares, lorsqu'on examine ces parties chez des enfans qui ont respiré *pendant un certain temps :* nous disons pendant un certain temps, car il est évident que l'occlusion du trou interoriculaire, et l'oblitération des canaux artériel et veineux, n'ont lieu, le plus souvent, que quelques jours après que la respiration s'est établie.

Ces faits importans, appuyés sur des observations de plusieurs auteurs, se trouvent confirmés par des recherches récentes de M. Billard.

Enfans d'un jour. Sur dix-huit enfans d'un jour, dit-il, il y en a quatorze chez lesquels le trou botal était complétement ouvert; deux chez lesquels il commençait à s'oblitérer, et sur deux autres, enfin, il était tout-à-fait fermé, et il n'y passait plus de sang. Parmi ces mêmes enfans, le canal artériel était libre et plein de sang sur treize; il commençait à s'oblitérer chez quatre, et chez le dernier il était complétement oblitéré; cet enfant était un de ceux chez lesquels il y avait une occlusion complète du trou botal. Les artères ombilicales étaient toutes libres près de leurs insertions aux artères iliaques; leur calibre était rétréci par l'effet de l'épais-

sissement remarquable de leurs parois. Chez tous ces enfans, la veine ombilicale et le canal veineux étaient libres; celui-ci se trouvait le plus ordinairement gorgé de sang.

Enfans de deux jours. Sur vingt-deux enfans de deux jours, il y en avait quinze dont le trou interoriculaire était très-libre; chez trois il était presque oblitéré, et chez les quatre autres il était entièrement fermé. Sur treize de ces enfans, le canal artériel était encore libre; chez six autres il commençait à s'oblitérer; chez les trois derniers il était complétement oblitéré. Chez tous, les artères ombilicales étaient oblitérées dans une étendue plus ou moins grande. La veine ombilicale et le canal veineux, quoique vides et aplatis, se laissaient cependant pénétrer par un stylet assez gros.

Enfans de trois jours. Sur vingt-deux enfans de trois jours, quatorze ont offert le trou botal encore libre; chez cinq il commençait à s'oblitérer, et il l'était complétement chez les trois autres. Le canal artériel était également libre chez quinze enfans; il commençait à s'oblitérer chez cinq, et l'oblitération était complète chez deux seulement. Ces deux sujets présentaient en même temps une oblitération du trou interoriculaire. Les vaisseaux ombilicaux et le canal veineux étaient vides et même oblitérés sur tous ces sujets.

Enfans de quatre jours. Sur vingt-sept enfans de quatre jours, dix-sept offraient le trou botal encore ouvert, et chez six d'entre eux cette ouverture était très-longue et distendue par une grande quantité de sang. Sur dix autres, l'oblitération était commencée chez huit et complète chez deux. Le canal artériel était encore

ouvert chez dix-sept de ces enfans; il commençait à s'oblitérer, et même n'offrait plus qu'un pertuis fort étroit chez sept d'entre eux; enfin l'oblitération était complète chez les trois autres. Les artères ombilicales étaient chez presque tous oblitérées près de l'ombilic, mais susceptibles de se dilater encore, près de leur insertion aux iliaques. La veine ombilicale et le canal veineux complétement vides se trouvaient considérablement rétrécis.

Enfans de cinq jours. Sur vingt-neuf enfans de cet âge, treize avaient le trou botal encore ouvert, mais l'ouverture n'existait pas au même degré chez tous; elle était assez grande sur quatre, et chez les neuf autres, son diamètre était médiocre : l'oblitération de ce trou était complète chez six de ces enfans, et presque complète sur les dix autres. Le canal artériel a été trouvé ouvert quinze fois, il était même largement ouvert dix fois, tandis que l'oblitération était très-avancée sur les cinq autres sujets. Sept de ces enfans offrirent une oblitération complète de ce canal qui n'était que presque complétement oblitéré chez les sept autres. Les vaisseaux ombilicaux étaient oblitérés chez tous les sujets.

Enfans de huit jours. Sur vingt enfans de cet âge, le trou interoriculaire était complétement fermé onze fois, incomplétement fermé quatre fois, et libre cinq fois. Sur ces vingt enfans, il y en avait trois dont le canal artériel n'était pas encore oblitéré, six chez lesquels il était presque oblitéré, et onze chez lesquels cette oblitération était complète. Les vaisseaux ombilicaux étaient oblitérés chez quinze de ces enfans; on ne les examina pas chez les cinq autres.

Enfans plus âgés. Chez la plupart d'entre eux, les ouvertures fœtales dont nous venons de parler sont oblitérées; cependant on peut trouver le trou botal et le canal artériel ouverts à douze ou quinze jours et même à trois semaines, sans que l'enfant en éprouve, pendant la vie, des accidens particuliers (1).

Ces observations permettent de conclure, 1° que les ouvertures fœtales sont libres au moment de la naissance; 2° qu'elles s'oblitèrent à une époque variable après l'accouchement; 3° que *le plus ordinairement* elles sont oblitérées vers le huitième ou le dixième jour; 4° que les artères ombilicales s'oblitèrent d'abord, puis la veine de ce nom, le canal artériel et enfin le trou botal (2); 5° que leur oblitération annonce que le fœ-

---

(1) Les différences relatives à l'époque à laquelle arrive l'oblitération des vaisseaux ombilicaux et du canal artériel, tiennent à la rapidité avec laquelle marche le travail qui doit amener cette oblitération. Ce travail consiste pour les artères ombilicales et pour le canal artériel, en un épaississement graduel de leurs parois, en une sorte d'hypertrophie concentrique, qui, sans diminuer en apparence la grosseur des vaisseaux, en diminue cependant le calibre; on pourrait alors les comparer à un tuyau de pipe dont la cassure est fort épaisse, et ne présente à son centre qu'un pertuis d'un médiocre calibre. L'oblitération de la veine ombilicale et du canal veineux est au contraire le résultat de l'affaissement et du rapprochement des parois de ces vaisseaux qui tendent à devenir contiguës, dès que ces vaisseaux ne reçoivent plus de sang.

(2) Il n'est pas sans importance de savoir que parmi les enfans qui ont été l'objet de ces recherches, il y en avait un

tus est né vivant; 6° qu'il est impossible de conclure de ce qu'elles ne sont pas oblitérées, que l'enfant n'a pas respiré, puisque nous avons prouvé que l'oblitération était loin de se faire immédiatement après la naissance.

Opinion du docteur Bernt, relativement aux changemens qu'éprouvent le trou botal et le canal artériel après la naissance. La disposition du trou interoriculaire, dit ce médecin, est tout autre chez le fœtus mort-né, et chez l'enfant qui a respiré après l'accouchement : dans le premier cas, elle est exactement située au centre de la fosse ovale, mais aussitôt que le nouveau-né a respiré, elle se tourne du côté droit; en quelques semaines, elle s'élève très-haut, et dans l'âge adulte on a trouvé qu'elle était placée au sommet de la fosse ovale. En d'autres termes, dès l'instant que la respiration commence, l'orifice du trou de botal marche progressivement de bas en haut, et de gauche à droite, et son degré d'avancement devient un indice de l'existence et de la durée de l'acte respiratoire.

Le *canal artériel* est cylindrique chez les fœtus mort-nés, même à terme; il a à peu près un demi-pouce de longueur; son diamètre est le même que celui du tronc de l'artère pulmonaire, et surpasse du double la capacité de chacune des branches de ce vaisseau qui ont la grosseur d'une plume de corbeau. Si le nouveau-né a respiré pendant quelques instans, ce canal perd sa figure cylindrique et prend celle d'un cône tronqué,

---

très-grand nombre chez lesquels la respiration avait été parfaitement établie.

dont la base est au cœur et le sommet à l'aorte descendante, quoique cependant on puisse observer le contraire. Si la vie a duré plusieurs heures ou un jour, il devient de nouveau cylindrique et diminue de longueur et de largeur, il n'a plus que le diamètre du tuyau d'une plume d'oie, il est par conséquent plus petit que le tronc de l'artère pulmonaire et tout au plus égal à chacune des branches de ce vaisseau. Si la vie a duré plusieurs jours ou une semaine, le canal artériel, déjà plissé, n'a plus que quelques lignes de largeur, son diamètre est celui d'une plume de corbeau, tandis que celui des branches de l'artère pulmonaire est au moins égal à celui d'une plume d'oie. (Bernt, préface de la dissertation inaugurale d'*Eisenstein*, Vienne, 1824.)

M. Bernt conclut de ses observations, que le trou interoriculaire et le canal artériel offrant des différences chez les fœtus mort-nés et chez les enfans qui ont respiré, on pourra tirer parti des divers états dans lesquels on les trouve pour savoir si l'enfant a vécu ou non après la naissance; il désigne l'ensemble des recherches dont il s'agit sous le nom de *docimasie de la circulation*.

Nous avons attentivement répété les observations du docteur Bernt, et nous ne saurions être de son avis. Les faits suivans motivent cette opinion.

1° Le 5 avril 1827, nous avons ouvert le cadavre d'un fœtus à terme, mâle, mort-né; le canal artériel n'offrait presque *que la moitié de la largeur* du tronc de l'artère pulmonaire, il était cylindrique, long d'un demi-pouce, *égal ou un peu plus large* seulement que chacune des branches de cette artère.

2° Le 18 avril, nous avons trouvé sur le cadavre

d'un fœtus mâle, âgé de huit mois, mort-né, le canal artériel cylindrique, à peu près large *comme la moitié du tronc de l'artère pulmonaire*, plus volumineux que la branche droite, et beaucoup plus que la branche gauche de ce vaisseau.

3° Le 10 avril, nous avons examiné le cadavre d'une fille à terme, qui avait vécu cinq heures; le canal artériel, loin d'être cylindrique, était dilaté à sa partie moyenne et plus large à son extrémité aortique que du côté du cœur; il était *long de huit lignes* et beaucoup moins volumineux; le tronc de l'artère pulmonaire, *sensiblement plus volumineux que la branche gauche de cette artère*, tandis que la partie la plus large égalait à peine la branche droite de ce vaisseau.

4° Un enfant femelle à terme, âgé de dix-neuf jours, fut ouvert le 25 avril; le canal artériel, long seulement de trois lignes, était cylindrique, d'une largeur trois fois moindre que celle du tronc de l'artère pulmonaire, *un peu moins considérable que la branche droite*, *mais beaucoup plus large que la branche gauche* de cette artère.

5° Sur quatre enfans mâles, à terme, dont deux étaient mort-nés, nous avons pu constater que le canal artériel était, à peu de chose près, comme l'indique le docteur Bernt.

Or, il serait difficile de ne pas regarder ce caractère autrement que comme fort secondaire, dès qu'il a manqué quatre fois sur huit.

Pour ce qui concerne les changemens de situation du trou interoriculaire, annoncés par le docteur Bernt, nous croyons, après avoir cherché à les vérifier, qu'ils

ne s'opèrent pas avec assez de rapidité pour constituer un caractère de la vie extra-utérine; d'ailleurs en admettant qu'il en fût ainsi, il faudrait pour les constater une habitude des dissections des nouveau-nés, que n'ont pas la plupart des médecins.

Le cordon ombilical éprouve des changemens notables après la naissance. (*Voy.* pag. 67.)

Examen du diaphragme. Avant la respiration, la face inférieure du diaphragme est beaucoup plus convexe qu'après, parce que le thorax se dilate dans tous les sens, et surtout de bas en haut, à mesure que l'enfant respire, et que nécessairement le muscle dont nous parlons doit se trouver refoulé vers l'abdomen. Mais est-il permis de juger d'après le degré de convexité et de refoulement du diaphragme, que la respiration a eu lieu? Nous ne le pensons pas, car l'insufflation des poumons, si elle est complète, détermine un refoulement analogue; toutefois nous reconnaissons que si l'on est parvenu à savoir que les poumons n'ont pas été insufflés, les moyens proposés par Ploucquet ne seront pas sans utilité: cet auteur a imaginé d'abord de vider l'abdomen du fœtus, et de voir, à l'aide d'un fil à plomb que l'on ferait partir du sternum, à quelle côte correspond le sommet du centre aponévrotique du diaphragme chez les fœtus mort-nés, et chez ceux qui ont respiré; si l'on fixait par des recherches convenables les différens points dont nous parlons, et s'il était possible de les rapporter à des termes constans, nul doute que ce caractère ne fût de quelque valeur. D'une autre part, Ploucquet voulait que l'on déterminât, en poussant le diaphragme de bas en haut, s'il ne serait

point susceptible d'être refoulé vers le thorax : s'il l'était on pourrait soupçonner qu'il avait déjà été refoulé en sens contraire, et par conséquent que le fœtus avait respiré.

Examen de la vessie et des intestins. On ne peut pas disconvenir que dans la plupart des cas le refoulement en bas du diaphragme ne sollicite les contractions de la vessie et des intestins qui laissent échapper de l'urine et du méconium; mais il s'en faut de beaucoup que le défaut d'évacuation de ces matières prouve que l'enfant n'a pas respiré, une foule de causes pouvant s'opposer à leur excrétion. D'une autre part, il peut arriver que la sortie de ces matières ait lieu avant que l'enfant n'ait respiré, puisqu'elle a été observée avant la naissance.

Examen du foie. On lit dans le Dictionnaire de médecine, en dix-huit volumes (art. Infanticide, p. 167, mai 1825), que le Dr Bernt vient d'indiquer, comme un caractère infaillible de la respiration, le dégorgement sanguin considérable et rapide que le foie éprouve par l'effet de la respiration; ce dégorgement diminue tellement le poids de ce viscère, que ses rapports de pesanteur avec le corps entier, donnent chez le fœtus qui a respiré des proportions si différentes de celles que l'on obtient en agissant sur des fœtus mort-nés, qu'elles ne peuvent jamais induire en erreur. Nous avons été d'autant plus surpris de cet énoncé, que les recherches des docteurs Eisenstein et Zébisch, publiées sous la présidence du Dr Bernt, en 1824 et en 1825, par conséquent à peu près à l'époque où l'auteur de l'article du Dictionnaire a pu avoir connaissance du nouveau caractère, ne font aucunement mention de la supériorité de cette

nouvelle méthode; loin de là ils renferment des faits qui démontrent jusqu'à l'évidence qu'elle ne peut être d'aucune utilité. Le tableau suivant mettra cette vérité hors de doute. Il comprend vingt-deux enfans à terme, et il est extrait des observations 25, 26, 31, 32, 33, 37, 38, 41, 44, 45, 46, 47 et 50 de la dissertation du docteur Eisenstein, et des observations 57, 58, 59, 60, 62, 63, 70, 71 et 74 de la dissertation du docteur Zébisch.

MORT avant ou après la naissance.	POIDS du corps.			POIDS du foie.			RAPPORT entre le poids du corps et du foie.
	liv.	onc.	gros.	onc.	gros.	grai	
Mort né.	6	2		4	0	70	24
Mort né.	5	0		4	2	46	18
Mort né.	5	6		5	1	15	19
Mort né.	5	13	4	4	3	48	21
Mort né.	6	0	0	6	0	60	15 $\frac{1}{2}$
Mort né.	6	2	2 $\frac{1}{3}$	5	5	70	17
Ayant à peine respiré.	4	12	0	4	0	11	19
Idem.	5	14	4	4	6	24	20
Idem.	5	15	4	5	6	18	16 $\frac{1}{2}$
Idem.	5	13	4	3	1	52	29
Idem.	4	6	0	3	6	18	19
Idem.	5	7	0	5	0	2	16 $\frac{1}{2}$
Ayant respiré plus complétement.	5	4	0	4	2	34	19 $\frac{1}{2}$
Idem.	5	8	4	4	5	52	18 $\frac{1}{2}$
Ayant respiré parfaitement.	4	12	4	3	3	60	22
Idem.	5	0	4	8	1	13 $\frac{1}{2}$	10
Idem.	4	15	0	4	0	11	19 $\frac{1}{2}$
Idem.	5	13	4	4	3	13	21
Idem.	5	4	0	3	4	33	23 $\frac{1}{2}$
Idem.	6	8	6	6	2	71	16 $\frac{1}{2}$
Idem.	7	11	0	9	4	61	13
Idem.	5	10	4	5	6	35	15 $\frac{1}{2}$

Ces résultats démontrent jusqu'à l'évidence, 1° que le poids du foie était beaucoup plus considérable chez plusieurs enfans qui avaient respiré parfaitement, que chez ceux qui étaient mort-nés; 2° que le rapport entre

le poids du corps et celui du foie, était souvent plus faible dans le cas de respiration parfaite que lorsque les enfans n'avaient pas vécu, ce qui devrait être l'inverse, si l'assertion émise par le docteur Marc, d'après *Bernt*, était exacte.

Avant de tirer les conclusions qui nous paraissent découler de tout ce qui vient d'être dit sur la respiration des nouveau-nés, nous croyons devoir faire connaître un travail remarquable du Dr Bernt sur ce sujet.

QUINZIÈME LEÇON.

Des moyens proposés par le Dr Bernt pour déterminer si un fœtus a vécu après l'accouchement.

Avant de décrire le procédé qu'il croit supérieur aux autres, le Dr Bernt établit l'insuffisance de l'épreuve hydrostatique, en tant qu'elle a seulement pour objet de décider si le poumon est plus léger ou plus pesant que l'eau. Ne sait-on pas que *les poumons d'enfans qui ont respiré*, dit-il, vont au fond de l'eau lorsque la respiration a été imparfaite, lorsque le poids spécifique de l'organe a été augmenté par une collection de mucus, de pus, par des tubercules squirrheux, et par l'inflammation ? D'une autre part *les poumons d'enfans qui n'ont pas vécu après l'accouchement* ne peuvent-ils pas nager sur l'eau si l'enfant a fait quelques inspirations au passage, si on a insufflé de l'air, ou s'il s'est développé quelques gaz à la surface ou dans le parenchyme du poumon, par suite d'une maladie ou de la putréfaction?

Il rapporte ensuite trois observations de fœtus, l'un

de six mois qui vécut deux heures; l'autre de huit ou neuf mois qui ne périt qu'au bout de neuf heures; et le troisième de six mois qui mourut peu de temps après la naissance. Les poumons de ces fœtus, mis dans l'eau, gagnaient le fond du vase, lors même qu'ils étaient coupés par fragmens; ils n'étaient point crépitans, mais en revanche ils avaient quitté la partie postérieure du thorax, au point que leurs bords antérieurs recouvraient le péricarde dans une grande étendue, et avaient refoulé en bas la convexité du diaphragme jusqu'à la quatrième ou la cinquième côte. Ils pesaient chez le premier enfant une once trois quarts, chez le second une once et demie, et chez le troisième une once et un quart (1).

De ces faits l'auteur conclut, non-seulement que l'on se serait trompé en affirmant d'après la submersion des poumons dans l'eau que les fœtus n'avaient pas respiré, mais encore que l'établissement de la circulation pulmonaire peut déterminer, lors même que la respiration est imparfaite, une *augmentation dans le volume et dans le poids du poumon* (2). Ces données le conduisent à la recherche des moyens propres à faire connaître

---

(1) Les poumons d'un enfant à terme qui n'a pas respiré ne pèsent en général qu'une once, d'après Bernt.

(2) En effet, pour ce qui concerne le poids, puisque les poumons ne pèsent qu'une once chez les *enfans à terme* qui n'ont pas respiré, il est évident que dans les trois observations dont il s'agit, et qui ont pour objet *des fœtus beaucoup plus jeunes*, le poids aurait du être au-dessous d'une once, si par suite de la respiration, une plus grande quantité de sang ne fût arrivée au poumon.

s'il y a eu ou non augmentation dans le volume et dans le poids absolu des poumons. Voici la *description de l'instrument* qu'il conseille d'employer pour apprécier le volume : On prend un vase de verre épais, cylindrique, de trois pouces de diamètre, ayant onze pouces un quart de hauteur, dont le piedestal a trois pieds, est garni d'une vis, à l'aide de laquelle on peut élever ou baisser le vase et le mettre de niveau (*Voy.* fig. 1re). On introduit dans ce vase deux livres d'eau *distillée ;* la hauteur de ce liquide est parfaitement tracée tout autour du vase, à l'aide d'une marque solidement empreinte. Comme les poumons plongés dans ce liquide en feront varier la hauteur suivant qu'ils appartiendront : 1° à des fœtus de sept, huit ou neuf mois ; 2° à des garçons ou à des filles ; 3° à des enfans enfin qui n'ont pas encore respiré, qui n'ont respiré qu'imparfaitement, ou dont la respiration a été parfaite ; on tracera sur la ligne circulaire, qui indique la hauteur de l'eau, quatre lignes verticales pour former trois colonnes, portant pour rubrique les chiffres romains VII, VIII et IX, destinés à indiquer l'âge des fœtus. Au-dessous de chacun de ces chiffres, chaque colonne sera divisée en deux parties, *f* et *m*, que l'on marquera toujours de gauche à droite, pour désigner les sexes féminin et masculin. Le vase étant ainsi disposé, on plongera dans l'eau successivement les poumons et le cœur de six fœtus, trois de chaque sexe, âgés de sept, de huit et de neuf mois, que l'on saura positivement ne pas avoir respiré ; on marquera chaque fois la hauteur de l'eau, dans les trois colonnes verticales, au moyen de traits tirés en travers et à gauche de l'échelle ; on tracera la lettre N au-dessus

de la surface de l'eau, pour indiquer que cette hauteur dans chaque colonne est destinée aux poumons d'enfans qui n'ont pas respiré. Il est inutile de dire qu'on devra lier chaque fois les vaisseaux des poumons.

On plongera ensuite dans le vase les poumons de six fœtus, dont trois mâles et trois femelles, âgés de sept, huit et neuf mois, qui auront vécu pendant quelque temps, et chez lesquels la *respiration aura été imparfaite*. Ces poumons seront unis au cœur, et les vaisseaux auront été préalablement liés. On marquera par des lignes transversales, dans les trois colonnes, la hauteur du liquide qu'ils ont déplacé, et à côté de ces lignes on mettra la lettre I pour indiquer que la respiration a été imparfaite. Enfin on agira de même pour les poumons de six fœtus, dont trois mâles et trois femelles, âgés de sept, huit et neuf mois révolus, ayant respiré complètement. Ici les lignes transversales, qui indiqueront la hauteur de l'eau, seront accompagnées d'un P pour exprimer que la respiration a été parfaite.

Il n'est pas indifférent pour le succès de l'expérience de plonger dans l'eau les poumons seuls ou avec le cœur; en effet, si on séparait ce dernier organe, les poumons déplaceraient un volume de liquide beaucoup moindre, et l'ascension de l'eau serait moins sensible qu'avec le cœur; d'ailleurs, et ce point est de la plus grande importance, la séparation du cœur entraînerait une diminution dans le poids absolu des poumons, toutes les fois qu'une portion de sang aurait déjà pu parvenir des veines pulmonaires dans le ventricule gauche du cœur : or, il est aisé de sentir que s'il en était ainsi, on n'apprécierait pas exactement l'augmentation du

poids du poumon produite par l'établissement de la circulation pulmonaire.

On remarque encore sur le vase, que nous venons de décrire, une échelle de deux pouces subdivisés en lignes, qui part de bas en haut, du niveau de la nappe d'eau, et qui sert probablement à indiquer géométriquement les changemens qu'éprouve la hauteur du liquide.

Un vase de cette nature, s'il est parfaitement calibré, pourra servir d'*étalon* ; il faudra seulement prendre la précaution indispensable, soit en le construisant, soit en l'employant aux expériences auxquelles il est destiné, de remplacer l'eau qui a été évaporée ou perdue entre deux expériences ; on conçoit en effet que ce liquide doit atteindre, au commencement de chaque expérience, la ligne circulaire inférieure dont nous avons parlé.

Conclusions à tirer des résultats obtenus à l'aide de cet instrument. Lorsqu'on plonge dans l'eau de ce vase les poumons et le cœur de fœtus de tout âge et de tout sexe *qui n'ont pas respiré*, et dont par conséquent le poumon n'a pas encore subi d'augmentation de poids ni de volume, soit que ces organes se précipitent lentement ou rapidement au fond du vase, soit qu'ils restent à la surface, parce que les poumons ont été insufflés, pouris, etc. ils déplaceront la plus petite quantité d'eau possible, et feront remonter le liquide, suivant l'âge et le sexe, dans un des trois intervalles, marqué par les *premières lignes transversales*, c'est-à-dire dans un des intervalles les plus inférieurs.

Si les poumons et le cœur appartiennent à des enfans

de tout âge et de tout sexe, *ayant respiré imparfaitement* et dont le poids et le volume sont augmentés d'une manière sensible, soit que ces organes se précipitent au fond de l'eau par suite d'une collection d'humeurs, de pus, de tubercules graisseux, dans les poumons, soit qu'ils surnagent tant à raison de l'air inspiré que de celui qui a pu être insufflé, ou qui s'est développé par la putréfaction, ils déplaceront une plus grande quantité d'eau que dans le cas précédent, et feront monter le liquide dans un des intervalles formés par *les deuxièmes lignes transversales*. Enfin dans le cas où la respiration aura été *parfaite*, comme le volume et le poids des poumons ont subi la plus grande augmentation possible, il y aura beaucoup plus d'eau de déplacée, et ce liquide montera dans les colonnes verticales jusque dans un *des trois intervalles les plus élevés*.

Objection. On objectera peut-être, dit le Dr Bernt, *qu'indépendamment des différences de volume et de poids des poumons, tirées de l'âge et du sexe des fœtus, il en est d'autres dont nous ne tenons aucun compte, et qu'ainsi il peut se faire que les poumons les plus volumineux et les plus pesans d'un fœtus mort-né offrent un volume et un poids plus considérables que ceux des poumons les moins volumineux et les moins pesans des fœtus du même âge qui ont vécu après la naissance.* Cette objection est plutôt relative au poids et au volume du poumon comparé au poids du corps, qu'au poids et au volume absolu des poumons ; en effet on observe très-rarement des différences de cette nature entre les poumons des enfans, tandis qu'on en remarque fréquemment entre ces mêmes organes et le poids du corps qui peut

être considérablement augmenté par la graisse, par la pléthore, ou diminué par le marasme, une hémorrhagie, etc. Que si d'ailleurs il était reconnu plus tard que, par suite d'une hémorrhagie ou de tout autre cause, le volume et le poids absolu des poumons présentaient des différences notables, on en tiendrait compte comme pour l'âge et le sexe, en accordant à ces causes une place dans l'échelle de l'instrument déjà décrit.

Ainsi, dit le Dr Bernt en se résumant, si outre l'expérience que nous venons d'indiquer, on a égard au poids du corps, des poumons et du foie, appréciés à l'aide d'une balance, à l'étendue du thorax, à la hauteur du diaphragme, à l'état du trou interoriculaire et du canal artériel (*Voy.* pag. 387), au volume, à la couleur, à la densité, à la crépitation et au poids spécifique des poumons qui resteront à la surface, ou iront au fond de l'eau (sans attacher pourtant à la surnatation et à la submersion plus de prix qu'à l'augmentation de volume et de poids absolu), on pourra affirmer *si un enfant a vécu ou non après la naissance*, excepté 1° dans les cas où l'enfant, quoiqu'ayant exécuté des mouvemens volontaires après la naissance, n'a pas respiré (*Voy.* objection quatrième pag. 380); 2° lorsqu'il n'a fait que quelques inspirations dans l'utérus ou au passage, et qu'il est mort avant de naître (*Voy.* objection 2e pag. 365.)

Le fait suivant, tiré de la dissertation inaugurale de M. Eisenstein, soutenue en 1824, sous la présidence du Dr Bernt, nous paraît propre à donner une idée exacte de la manière dont ce dernier auteur veut que l'on rédige les observations de ce genre : nous l'avons choisi comme exemple parmi vingt-cinq autres pour

avoir l'occasion de faire en quelque sorte une application à la pratique des préceptes qui viennent d'être exposés.

Observation. Un enfant, à terme, du sexe masculin mourut dix jours après la naissance. A l'examen du cadavre on nota les objets suivans :

État du corps. Le corps était bien conformé, maigre; les testicules étaient dans le scrotum, l'ombilic était cicatrisé. Le poids de cet enfant était de cinq livres demi-once; sa longueur prise du vertex était de dix-neuf pouces;

État du thorax. Largeur des épaules quatre pouces et demi. *Diamètre du thorax* d'un hypochondre à l'autre trois pouces six lignes ; du sternum à la colonne vertébrale deux pouces douze lignes. La voûte du diaphragme était déprimée jusqu'à la septième côte. Il y avait dans le thorax une très-petite quantité de sérum.

État des poumons. La couleur prédominante des poumons était d'un rouge clair semblable à du minium ; la face postérieure était d'un rouge plus foncé. On voyait à l'œil nu, à la surface de ces organes, des cellules réunies et distendues par de l'air : leur substance spongieuse criait sous le scalpel : leurs particules, pressées sous l'eau, donnaient lieu à un dégagement d'écume. *Poids absolu*. Les poumons unis au cœur pesaient trois onces deux gros et vingt-sept grains; seuls ils pesaient deux onces, deux gros et quatre grains, et en les privant à l'aide d'une forte pression du sang qu'ils contenaient, leur poids était d'une once cinq gros et quarante-trois grains, en sorte qu'ils renfermaient quatre gros vingt-neuf grains de sang. *Volume*. Il était tellement considérable que leurs bords couvraient en grande partie la surface antérieure

du péricarde et les lobes inférieurs, la convexité du diaphragme; l'extrémité du lobe supérieur du poumon gauche et celle du lobe moyen droit formaient une frange large et obtuse. Plongés dans l'eau avec le cœur, ils déplaçaient dans le vase hydrostatique, décrit à la p. 336, six pouces cubes d'eau (la température de l'air étant à 14°, et celle de l'eau à 12°). Seuls ils ne déplaçaient que quatre pouces du même liquide. *Poids spécifique et respectif.* Les poumons unis au cœur, séparés de lui, coupés par fragmens extrêmement petits, nageaient sur l'eau. Unis au cœur et mis dans l'eau, il fallait, pour les maintenir plongés, ajouter un poids de deux cent deux grains; si dans cet état on cherchait à les mettre en équilibre dans une balance, on devait ajouter un poids de quinze grains, tandis que ce poids était de vingt-cinq grains et demi lorsqu'on agissait sur les mêmes organes séparés du cœur; en sorte que dans le premier cas ils étaient de cent quatre-vingt-sept grains respectivement plus légers que l'eau ($187 + 15 = 202$), et dans le second de $176 \frac{1}{2}$ ($176 \frac{1}{2} + 25 \frac{1}{2} = 202$).

État des autres viscères. Le thymus était de grandeur naturelle. Le cœur, entouré d'une petite quantité de sérum, pesait une once vingt-trois grains, et contenait cinq gros un grain et demi de sang grumeleux; il déplaçait dans le vase hydrostatique deux pouces cubes d'eau. Le trou interoriculaire était fermé en grande partie par une membrane transparente, excepté dans l'endroit correspondant à l'hiatus, situé vers le côté droit; cette portion ouverte était demi-circulaire, et admettait à peine le tuyau d'une plume de corbeau. Le

tronc de l'artère pulmonaire, presque égal à l'aorte ascendante, avait un diamètre plus de trois fois plus grand que celui du canal artériel, dont la longueur était d'une ligne et la grosseur comme celle d'un tuyau d'une plume de corbeau; le rameau droit de l'artère pulmonaire formait avec le tronc un angle droit, et le gauche un angle obtus; il avait un diamètre égal à celui du canal artériel.

Le foie était d'une grandeur naturelle, d'une couleur brune foncée; il contenait une quantité notable de sang rouge foncé; il pesait huit onces un gros vingt-cinq grains et demi; il était de cent neuf grains respectivement plus lourd que l'eau. Les vaisseaux ombilicaux et le canal veineux étaient rétrécis; ce dernier ne pouvait donner entrée à la tête d'un stylet.

L'estomac renfermait du mucus jaunâtre. Le canal intestinal, en partie rétréci, en partie distendu par des gaz, ne contenait plus de méconium. La vessie, grosse comme une prune, renfermait de l'urine jaunâtre.

Il résulte de ces faits que l'enfant dont il s'agit a vécu plusieurs jours après l'accouchement, et qu'il a parfaitement respiré. (*Dissertatio inauguralis medico forensis, exhibens observationes* 25 *alteras docimasiam pulmonum hydrostaticam illustrantes;* par Eisenstein. Vienne, 1824.)

Les tableaux suivans sont propres à faire connaître les résultats obtenus par MM. Eisenstein et Zébisch, sous les yeux du D[r] Bernt; nous n'avons extrait de leurs dissertations inaugurales que ce qui se rapporte aux nouveaux moyens proposés par le professeur de Vienne, pour déterminer si un fœtus a vécu après l'accouchement, savoir à l'augmentation de poids et de volume des poumons des enfans qui ont respiré.

SEXE.	AGE.	MORT avant ou après la naissance.	POIDS des poumons. onc.	gros.	gr.
Mâle.	A terme.	Mort né. On avait insufflé les poumons.	0	6	66
Fille.	Presque à terme.	Mort né.	1	4	19
Mâle.	Six mois.	Mort né.	0	6	23
Mâle.	Huit mois.	Mort né.	1	0	34
Fille.	A terme.	Mort né. Poumons insufflés.	0	5	9
Fille.	Six mois.	Mort né.	1	2	27
Fille.	Sept mois.	*Idem.*	1	1	53
Fille.	Sept mois.	Mort né. Induration squirrheuse des poumons.	2	3	11 1/2
Mâle.	Six mois.	Mort né.	0	5	9
Mâle.	Sept mois.	*Idem.*	1	0	2
Mâle.	Huit mois.	*Idem.*	1	4	37
Mâle.	A terme.	*Idem.*	1	5	63
Fille.	A terme.	Mort né. Insufflation des poumons.	1	2	65 1/2
Fille.	A terme.	Mort né. Poumons insufflés.	2	0	33
Garçon.	A terme.	*Idem.*	1	4	33
Mâle.	Huit mois.	Ayant respiré imparfaitement pendant peu de temps.	1	5	33 1/2
Mâle.	A terme.	Ayant à peine respiré; les poumons ont été insufflés.	1	2	0
Mâle.	A terme.	Ayant à peine respiré. Poumons insufflés.	1	4	68 1/2
Fille.	A terme.	Ayant à peine respiré imparfaitement. Poumons insufflés.	1	0	46
Mâle.	A terme.	*Idem.*	1	1	36
Mâle.	A terme.	*Idem.*	1	3	2
Mâle.	A terme.	*Idem.*	1	5	9
Mâle.	A terme.	*Idem.*	1	2	48
Fille.	Sept mois.	Ayant respiré imparfaitement pendant deux heures.	1	0	10
Fille.	Sept mois.	*Idem.*	0	7	8
Fille.	Huit mois.	Ayant respiré pendant quelque temps surtout avec le poumon droit. Poumons insufflés.	1	1	48
Fille.	Non à terme. Poids du corps, 2 l. 2 onces et demie.	Respiration imparfaite pendant dix jours.	1	0	39
Mâle.	Sept mois.	Ayant respiré pendant peu de temps et imparfaitem. Poumons iosufflés.	1	1	67
Mâle.	Huit mois.	Respiration imparfaite pendant deux heures. Insufflation.	0	6	37
Mâle.	A terme.	Respiration imparfaite pendant un jour.	1	2	62

EAU déplacée par les poumons et le cœur dans le vase hydrostatique.		EAU déplacée par les poumons dans le vase hydrostatique.		POIDS SPÉCIFIQUE des poumons.
pouces.		ponces.		
2	4/10	1	7/10	Ils surnagcaient même avec le cœur.
3	8/10	2	2/10	Ils se précipitaient même par fragmens.
1	5/10	1	0	Gagnaient lentement le fond de l'eau.
2	1/10	1	1/10	*Idem.*
3	2/10	1	9/10	Ils surnageaient même avec le cœur.
2	8/10	2		Ils se précipitaient lentement.
2	6/10	2		Ils se précipitaient.
5	4/10	4	1/10	Ils se précipitaient rapidement.
1	2/10	1		Ils se précipitaient.
3	0	2	4/10	*Idem.*
3	9/10	2	5/10	*Idem.*
4	6/10	2	7/10	*Idem.*
3	8/10	2	2/10	Ils surnageaient même avec le cœur.
6	5/10	3	5/10	*Idem.*
3	5/10	2	5/10	*Idem.*
3	9/10	2	8/10	Ils se précipitaient excepté quelq. fragmens.
3	5/10	2		Lcs parties rosées surnageaient; les autres gagnaient le fond du vase.
4		2	9/10	Ils surnagcaient même avec le cœur.
3		1	9/10	*Idem.*
3	7/10	2		Ils surnageaient sans le cœur.
4		2	5/10	Ils surnageaient avec lé cœur.
4	8/10	2	5/10	*Idem.*
3	6/10	2		*Idem.*
2	2/10	1	5/10	Ils se précipitaient excepté trois fragmens.
1	9/10	1	3/10	Ils se précipitaient avec ou sans le cœur.
3	5/10	2		Ils surnageaient même avec le cœur.
2	5/10	1	7/10	Ils surnageaient avec le cœur; cependant les parties d'un rouge-brun se précipitaient.
2		1	3/10	Ils surnageaient même avec le cœur.
1	9/10	1	1/10	*Idem.*
3	6/10	2		Ils gagnaient le fond de l'eau, même coupés

SEXE.	AGE.	MORT avant ou après la naissance.	POIDS des poumons.		
			onc.	gros.	gr.
Mâle.	A terme.	Ayant à peine respiré. Poumons insufflés.	2	0	28
Fille.	Sept mois.	Ayant vécu pendant quelque temps.	1	0	40
Fille.	Huit mois.	Ayant vécu cinq jours languissante.	1	1	40
Fille.	Presque à terme.	Ayant vécu quelques heures. Respiration parfaite après l'insufflation.	1	6	2
Fille.	A terme.	Respiration parfaite.	1	0	40 1/2
Mâle.	Six mois.	Ayant respiré parfaitement pendant deux jours.	0	6	67
Mâle.	A terme.	Ayant vécu et parfaitement respiré pendant dix jours.	2	1	52
Mâle.	A terme.	Ayant respiré parfaitement pendant six jours.	2	4	60
Mâle.	A terme.	Respiration parfaite pendant peu de temps.	1	5	69
Mâle.	Presque à terme.	Ayant respiré parfaitement pendant quelques heures.	1	4	38
Fille.	Huit mois.	*Idem.*	1	0	41
Mâle.	Sept mois.	*Idem.*	1	6	26 1/2
Mâle.	A terme.	*Idem.*	2	1	35
Mâle.	A terme.	Né asphyxié, ramené à la vie par l'insufflation, a respiré pendant quelques heures.	2	5	25 1/2
Fille.	Sept mois.	Respiration complète pendant plusieurs jours.	1	4	44
Mâle.	Sept mois.	Respirat. parfaite pendant cinq jours.	1	3	16
Mâle.	A terme.	*Idem.*	1	7	2

EAU déplacée par les poumons et le cœur dans le vase hydrostatique.		EAU déplacée par les poumons dans le vase hydrostatique.		POIDS SPÉCIFIQUE des poumons.
pouces.		pouces.		
				par fragmens ; les portions d'un rouge clair seules surnageaient.
4	9/10	3	5/10	Ils surnageaient même avec le cœur.
2	5/10	1	7/10	*Idem.*
3	2/10	1	8/10	*Idem.*
4	8/10	3		*Idem.*
2	9/10	1	9/10	*Idem.*
2	5/10	1	8/10	*Idem.*
6		4		*Idem.*
6	9/10	4	6/10	*Idem.*
3	1/10	2	9/10	*Idem.*
4		2	7/10	*Idem.*
2	8/10	1	5/10	*Idem.*
4	9/10	3		*Idem.*
6	4/10	3	9/10	*Idem.*
7	1/10	5		*Idem.*
4	1/10	2	8/10	*Idem.*
4		2	6/10	*Idem.*
5	5/10	3	5/10	*Idem.*

Réflexions sur les moyens proposés par le docteur Bernt pour déterminer si le fœtus a vécu après l'accouchement.

Ces moyens étant basés sur l'*augmentation de volume et de poids* éprouvée par les poumons qui ont respiré, il importe d'examiner successivement chacun de ces points.

Augmentation de volume. On l'apprécie, comme nous l'avons déjà dit, en ayant égard au volume d'eau déplacée soit par le cœur et les poumons, soit par les poumons seuls, dans un vase hydrostatique. *Objection* 1re. Ce vase que le docteur Bernt dit pouvoir servir d'*étalon*, et dont il a donné la graduation, devra nécessairement se trouver entre les mains des nombreux médecins, qui pourront être chargés de faire des rapports en matière d'infanticide; autrement il leur sera impossible de déterminer si les poumons sur lesquels ils expérimentent font monter le liquide jusqu'à la hauteur qui indique que l'enfant n'a pas respiré, ou qu'il a respiré incomplétement ou complétement Or, on éprouve de très-grandes difficultés pour se procurer un semblable instrument : les mécaniciens les plus habiles de Paris n'ont jamais voulu s'engager à le construire parce qu'il leur était impossible de trouver un *cylindre* de verre ayant *très-exactement* 11 pouces $\frac{1}{4}$ de hauteur et 3 pouces de largeur (mesure allemande), et l'on conçoit combien il importe que la largeur de ce cylindre soit rigoureusement de 3 pouces, puisque la plus légère différence en plus ou en moins, doit en apporter de très-grandes dans la hauteur du liquide, et dès lors les

résultats ne cadrent plus avec ceux qui ont été fournis par l'étalon. A la vérité, on pourrait lever cette difficulté en construisant l'instrument en fer-blanc, en cuivre, ou en étain, car alors on pourrait lui donner exactement les dimensions exigées par le docteur Bernt; mais il y aurait un autre inconvénient, celui de ne plus avoir un vase transparent et par conséquent de ne plus pouvoir juger facilement la hauteur à laquelle l'eau s'éleverait. Rendrait-on le vase fenêtré, au moyen d'une lame de verre, qui serait placée juste vis-à-vis l'échelle graduée, pour être à même d'apprécier l'élévation du liquide, il serait encore difficile d'obtenir un résultat exact, attendu qu'il ne serait pas aisé de donner au segment de verre qui servirait de fenêtre la même courbure qu'à la portion métallique; d'ailleurs le mastic que l'on serait obligé d'employer pour adapter ces parties hétérogènes, pourrait très-bien changer la capacité de l'instrument et le rendre inexact. Mais, dira t-on, si l'on ne peut se procurer cet instrument qu'avec la plus grande difficulté, pourquoi chaque médecin n'en ferait-il pas construire un semblable offrant à peu près les mêmes dimensions, qu'il graduerait comme l'a fait le docteur Bernt en plongeant successivement dans l'eau des poumons de fœtus mâle et femelle de sept, de huit et de neuf mois, n'ayant pas respiré, n'ayant respiré qu'imparfaitement, ou ayant respiré complétement? Sans doute, en agissant ainsi, on ferait disparaître la difficulté dont nous parlons, mais pense-t-on qu'il soit possible, excepté dans les villes de premier ordre, de se procurer un nombre aussi considérable de fœtus dans les conditions indiquées?

Objection 2e. En admettant que l'on ait à sa disposition un instrument semblable à celui qu'a décrit le docteur Bernt, l'augmentation du volume des poumons, appréciée par l'élévation de l'eau dans le vase, ne peut pas servir *dans tous les cas* à faire connaître si l'enfant a respiré. Les preuves de cette assertion se tirent du travail même du Dr Bernt; en effet, chez cinq enfans mâles à terme qui avaient respiré ou dont les poumons avaient été insufflés, le volume d'eau déplacée a été (1)

Pour le cœur et les poumons.	Pour les poumons.
3 pouces 5/10.	2 pouces.
3 7/10.	2
3 6/10.	2
3 6/10.	2
4.	2 5/10.

tandis que chez trois enfans mâles, à terme ou *moins âgés*, qui sont mort-nés et dont les poumons n'ont pas été insufflés, le volume d'eau déplacée a été constamment plus grand (2)

Pour le cœur et les poumons d'un enfant à terme. 4 pouces 6/10.	Pour les poumons. 2 pouces 7/10.
Un enfant de sept mois.	Pour les poumons. 2 pouces 4/10.
Pour le cœur et les poumons d'un enfant de huit mois. 3 pouces 9/10.	Pour les poumons. 2 pouces 5/10.

Chez deux filles à terme qui avaient respiré ou dont

(1) *Voyez* Expériences 31e et 37e de la dissertation d'Eisenstein, et 61e, 62e et 64e du Dr Zébisch.

(2) *Voyez* Expériences 55e, 56e et 57e de Zébisch.

les poumons avaient été insufflés, le volume d'eau déplacée a été (1)

Pour le cœur et les poumons.	Pour les poumons.
3 pouces.	1 pouce 9/10.
3 8/10.	2 2/10.

tandis que chez deux filles dont une à terme et l'autre à sept mois qui n'avaient pas respiré et dont les poumons n'avaient pas été insufflés, le volume d'eau déplacée a été constamment plus grand ou aussi grand (2).

Pour le cœur et les poumons.	Pour les poumons.
3 pouces 8/10.	2 pouces 1/10.
Fille de sept mois.	Pour les poumons.
	2 pouces.

Ces faits montrent, ce que l'on pouvait prévoir d'avance, que tout ce qui tient à la vie échappe à des calculs mathématiques, et que s'il est vrai que le principe sur lequel est fondée l'épreuve du docteur Bernt, relative à l'augmentation de volume, est incontestable, et que les choses se passent comme il l'a dit dans la plupart des cas, il se présente néanmoins assez d'anomalies et d'exceptions pour qu'il ne soit pas permis d'en faire une application rigoureuse.

Augmentation de poids. Il est impossible de nier que les poumons d'un nouveau-né qui a respiré complétement, et même incomplétement, pèsent davantage qu'avant la respiration, le sang ayant dû y pénétrer en plus grande quantité. Mais admettrons-nous, comme l'indique le docteur Bernt, que le poids des poumons d'un fœtus

(1) *Voyez* Expériences 58e et 60e de Zébisch.

(2) *Voyez* Expériences 26e d'Eisenstein, et 52e de Zébisch.

à terme qui n'a pas respiré est d'une once, et surtout établirons-nous qu'il ne puisse arriver que ce poids soit beaucoup plus considérable que celui des poumons d'un nouveau-né à terme qui a respiré? Nous ne le pensons pas, et voici les faits sur lesquels nous nous appuyons :

Sur douze enfans mâles à terme qui avaient respiré *pendant peu de temps*, ou pendant plusieurs jours, le poids des poumons a été (1) :

Poids des poumons.			Poids des mêmes poumons fortement exprimés dans l'eau.			
1 once	2 gros		0 once	5 gros	7 grains 1/2	
1	4	68 grains 1/2	1	1	21	
1	1	36	0	5	32	
1	3	2	1	0	42	1/2
1	2	48	0	6	2	
1	2	62	1	0	55.	
1	2	3				
1	4	36				
1	4	36				
1	4	48				
1	3	36				
1	3	10.				

Sur sept enfans mâles à terme ou au-dessous qui n'ont pas respiré, le poids des poumons a été (2) :

Poids des poumons.			Poids des poumons fortement exprimés dans l'eau.		
1 once	4 gros	37 grains	1 once	0 gros	33 grains 1/2
1	5	63	1	1	1
1	4	33	0	6	65.

(1) Les six premiers résultats sont extraits des expériences 31e, 33e et 37e d'Eisenstein, et 61e, 62e et 64e de Zébisch; les six autres nous appartiennent.

(2) Les trois premiers résultats sont fournis par les ex-

1 once	7 gros	18 grains
1	4	50
1	3	0
2	4	18 (1).

Chez une fille à terme qui avait respiré *pendant peu de temps*, les poumons ont pesé (Expérience 60e de Zébisch.) :

Poids des poumons.	Poids des poumons fortement exprimés dans l'eau.
1 once 0 gros 46 grains.	0 once 5 gros 70 grains.

Sur trois filles à terme qui n'ont pas respiré, le poids des poumons a été (2) :

Poids des poumons.				Poids des poumons fortement exprimés dans l'eau.		
1 once	4 gros	19 grains		0 once	6 gros	68 grains
1	2	65	1/2	1	0	71
2	0	33.		1	1	37.

Chez quatre fœtus du sexe féminin, de sept ou de huit mois, qui avaient respiré *pendant peu de temps*, les poumons ont pesé (3) :

Poids des poumons.			Poids des poumons fortement exprimés dans l'eau.		
1 once	0 gros	10 grains	0 once	4 gros	18 grains
0	7	8	0	2	62
1	1	40	0	5	15
1	1	48.	0	6	71.

périences 32e d'Eisenstein, et 56e et 57e de Zébisch; les autres nous appartiennent.

(1) Les poumons de cet enfant étaient malades; en les coupant il s'en écoulait une sanie d'un gris rougeâtre assez abondante, et leur tissu paraissait presque homogène.

(2) *Voyez* les expériences 26e d'Eisenstein, et 58e et 59e de Zébisch.

(3) *Voyez* les expériences 39e d'Eisenstein, et 65e, 66e et 67e de Zébisch.

Chez deux fœtus du sexe féminin, de six et de sept mois, qui n'ont pas respiré, les poumons ont pesé (1) :

Poids des poumons.	Poids des poumons fortement exprimés dans l'eau.
1 once 2 gros 27 grains	0 once 6 gros 10 grains
1 1 53	0 5 34.

Ces résultats, tirés en grande partie du travail même du docteur Bernt, prouvent jusqu'à l'évidence : 1° que chez plusieurs enfans à terme de l'un et de l'autre sexe qui avaient respiré, les poumons exprimés dans l'eau pesaient moins que les mêmes organes de fœtus à terme qui n'avaient pas respiré ; 2° qu'il en est à peu près de même pour les poumons dont il s'agit, après les avoir fortement exprimés dans l'eau ; 3° que le poids de ces organes, exprimés ou non dans l'eau, a été quelquefois plus considérable chez des fœtus de six ou de sept mois qui n'avaient pas respiré, que chez des fœtus du même sexe à terme qui avaient respiré ; 4° que les poumons de fœtus de l'un et de l'autre sexe de sept et de huit mois qui avaient respiré, pesaient autant et quelquefois plus que ceux d'enfans à terme qui avaient vécu.

Objectera-t-on par hasard que souvent le poids des poumons des fœtus mort-nés s'est trouvé augmenté, parce que ces organes étaient malades et qu'ils renfermaient des liquides sanguinolens ou autres dont on ne pouvait pas les débarrasser complétement par l'expression : nous répondrons que s'il en a été ainsi quelquefois dans les expériences citées d'Eisenstein, de Zé-

(1) *Voyez* les expériences 51e et 52e de Zébisch.

bisch et dans celles qui nous sont propres, le contraire a souvent été observé.

Conclusions à tirer de tout ce qui précède : 1° tout en admettant que le poids des poumons d'un enfant qui a respiré est en général plus considérable que celui des poumons d'un autre fœtus du même âge, mort-né, il faut convenir qu'il se présente assez d'exceptions à cette règle, pour qu'on ne puisse pas l'admettre d'une manière absolue; 2° il importe cependant de peser attentivement les poumons, toutes les fois qu'il s'agira de déterminer si le nouveau-né a respiré, parce qu'il est à peu près constant que les poumons d'un enfant à terme qui a respiré pèsent plus d'une once, et que ce caractère peut être fort utile pour confirmer que la respiration a eu lieu; 3° on ne tiendra aucun compte du poids des poumons pour décider la question dont il s'agit, lorsque, tout annonçant que le fœtus est mort-né, ce poids très-considérable, tendrait à faire croire qu'il y a eu respiration, parce que l'expérience a démontré que, soit à cause d'une maladie des poumons, soit par tout autre motif, il est arrivé que des poumons de fœtus mort-nés aient pesé beaucoup plus que ceux d'enfans du même âge qui avaient respiré complétement.

SEIZIÈME LEÇON.

Après avoir examiné les différences que présentent dans les fœtus mort-nés et dans ceux qui ont respiré, le thorax, les poumons, le cœur, le canal artériel, le canal veineux, le cordon ombilical et le diaphragme, nous croyons devoir indiquer les *conclusions* suivan-

tes, comme solution de la question énoncée à la page 336 (1).

1° On affirmera qu'un fœtus à *terme* a respiré, si le canal artériel, le canal veineux et le trou interoriculaire (de Botal), sont oblitérés, et si le cordon ombilical est détaché ou prêt à tomber, quelle que soit la manière dont les poumons se comportent lorsqu'on les place sur l'eau.

2° On pourra également affirmer qu'un fœtus *à terme* a respiré, lors même qu'il n'offre aucun des caractères qui précèdent, si le thorax est voûté, le diaphragme plus ou moins refoulé vers l'abdomen, les poumons d'un rouge peu foncé, pesant au moins une once, recouvrant plus ou moins le péricarde, *et plus légers que l'eau dans leur totalité ou dans quelques-unes de leurs parties*, pourvu toutefois que la légèreté de ces organes ne dépende ni de leur putréfaction, ni d'un état emphysémateux, ni de leur insufflation. (*Voy.* page 353.)

3° Lors même qu'il sera prouvé qu'un enfant *à terme* a respiré, on ne concluera pas qu'il a vécu après sa naissance, car il a pu respirer et périr pendant l'accouchement.

4° On ne niera pas qu'un enfant *à terme*, chez lequel les canaux artériel et veineux, et le trou interoriculaire ne sont pas encore oblitérés, *n'ait pas respiré*, parce que les poumons sont d'une couleur rouge et

---

(1) Il importe de ne faire aucune recherche avant d'avoir pris exactement le poids du corps du fœtus et celui des poumons.

peu volumineux, qu'ils se précipitent au fond de l'eau, que le thorax est à peine voûté, et que le diaphragme n'est point refoulé vers l'abdomen; car la respiration a pu être assez faible pour ne déterminer dans ces parties aucun des changemens qu'elle produit ordinairement. (*Voy.* l'Observation concernant madame S***, page 372 de ce vol.)

5° Si, chez un fœtus *à terme*, le trou interoriculaire et les canaux artériels et veineux ne sont pas oblitérés, et que les poumons se précipitent au fond de l'eau, on n'affirmera point qu'il n'ait pas respiré, ou que les poumons n'aient pas été insufflés; car le défaut de légèreté de ces organes pourrait dépendre de l'engorgement de leur tissu, ce que l'on reconnaîtrait en les coupant par tranches et en les exprimant dans l'eau; les fragmens des poumons ainsi dégorgés surnageraient si la respiration ou l'insufflation avaient eu lieu.

6° Si les poumons d'un fœtus à *terme* n'offrent aucune trace d'engorgement, qu'ils se précipitent au fond de l'eau, et que les canaux déjà mentionnés ne soient pas oblitérés, on affirmera que le fœtus n'a point respiré, mais on ne concluera pas qu'il n'ait pas vécu, car il a pu naître enveloppé de ses membranes, ou dans un état d'asphyxie; il a pu être submergé immédiatement après sa naissance, etc. (*Voy.* page 380.)

7° Lorsque chez un fœtus qui *n'est pas à terme*, les poumons entiers ou tous leurs fragmens se précipitent au fond de l'eau, on se gardera bien de conclure que la respiration n'a pas eu lieu, puisqu'il est démontré que dans un assez grand nombre de cas les poumons de ces individus ne parviennent pas à surnager, lors

même qu'ils ont respiré pendant plusieurs heures. Si la masse des poumons allait au fond de l'eau, et que quelques-uns des fragmens eussent une tendance contraire ou restassent à la surface du liquide, comme on l'observe quelquefois chez les fœtus âgés de plus de sept mois, qui ont respiré, on établirait des présomptions en faveur de la respiration ou de l'insufflation.

8° Toutes les fois que l'on conservera le moindre doute sur la cause qui détermine la surnatation des poumons, c'est-à-dire, lorsqu'on sera embarrassé pour décider si cet effet est le résultat de la respiration ou de l'insufflation, il faudra tenir compte du poids des poumons comme l'a indiqué le Dr Bernt, comparer ce poids à celui du corps entier, et se rappeler les rapports qui ont été indiqués aux pages 346 et 404.

9° En supposant que l'on soit parvenu à établir *de la manière la plus positive*, que l'enfant a respiré, soit pendant, soit après la naissance, et même qu'il a vécu pendant plusieurs heures, on se gardera bien de conclure qu'il a été tué. Cette vérité est tellement frappante, que l'on s'étonnera peut-être que nous l'ayons consignée : nous avons voulu la mentionner parce que nous sommes convaincus que plusieurs médecins attachant aux expériences qui ont fait l'objet de cet article, toute l'importance qu'elles méritent, ont souvent été entraînés à soupçonner le crime, par cela seul que l'enfant avait vécu : comme s'il ne fallait pas avant d'établir un pareil soupçon, déterminer si l'enfant n'était pas mort pendant l'accouchement ou à la suite d'un engorgement des poumons ou du cerveau, d'un épanchement ou d'une de ces maladies auxquelles les nouveau-nés suc-

combent le plus ordinairement. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons dit à la page 326, la véritable pierre de touche, dans la question qui nous occupe, est de reconnaître s'il existe sur le fœtus des traces qui indiquent qu'il a été victime de manœuvres criminelles.

Déterminer si le fœtus est mort en naissant.

Le médecin ne saurait attacher trop d'importance à reconnaître dans une accusation d'infanticide, quelle est la partie du corps de l'enfant qui s'est présentée la première au détroit supérieur du bassin, quelle était sa position, en un mot, quelle a été la nature, la durée de l'accouchement : cet examen suffit quelquefois pour éloigner toute idée de crime. Ainsi, lorsque l'accouchement est prompt et facile, l'enfant peut naître dans un état de stupeur tel, qu'on le regarde comme mort; ici la femme a été surprise, surtout si elle était primipare, et il y aurait de l'inhumanité à ne tenir aucun compte de l'écart de la marche que la nature suit le plus ordinairement. Dans le cas où le travail aurait été difficile et long, ne serait-il pas à présumer que l'accouchement n'a pas été clandestin, qu'une ou plusieurs personnes ont assisté la femme, ce qui diminuerait nécessairement les probabilités du crime? On peut même supposer la difficulté de l'accouchement telle, que les secours de l'homme de l'art aient été indispensables, ce qui éloignerait encore davantage toute présomption de culpabilité, à moins que l'on admît, ce qui n'est guère probable, la complicité du médecin.

Pour être à même de déterminer si un enfant est mort en naissant, il faut connaître les causes innocen-

tes qui peuvent le faire périr pendant le travail; l'examen de ces causes jettera un grand jour sur cette question. Voici les principales :

1° *La longueur du travail.* Si le travail est long et pénible, en supposant même que le sommet de la tête se présente dans une bonne position, le fœtus peut périr, parce que les contractions de la matrice sont fortes et longues, que la tête se trouve poussée contre le bassin, et que le cordon ombilical et le placenta sont comprimés; on conçoit qu'alors le sang soit refoulé vers le cerveau et détermine l'apoplexie. Les principales causes de la longueur du travail dans le cas dont nous parlons, sont l'étroitesse des détroits du bassin, la dureté et la rigidité de l'orifice de l'utérus ou de la vulve, le volume de l'enfant, le défaut d'intensité des douleurs, etc.

Examen du cadavre. Pour mieux faire ressortir les lésions produites par la longueur du travail, il importe d'établir, en peu de mots, ce que l'on remarque dans les diverses espèces d'accouchement. Si la femme est jeune, bien conformée, primipare, et que l'enfant d'un volume ordinaire, présente, comme cela a le plus souvent lieu, l'extrémité occipitale de la tête, on voit sur la partie qui s'est engagée une tuméfaction plus ou moins considérable; le tissu cellulaire sous-cutané de la portion tuméfiée est infiltré de sérosité jaunâtre; les vaisseaux sanguins sont engorgés; les autres parties de la tête sont dans l'état naturel. Si la femme est déjà accouchée plusieurs fois, et que le travail soit de peu de durée, la tuméfaction, l'infiltration et l'engorgement dont nous avons parlé sont à peine marqués. Si au con-

traire l'accouchement a été plus long, au lieu d'une simple tuméfaction, on découvre à la partie de la tête qui s'est présentée, une tumeur molle contenant de la sérosité sanguinolente ou du sang; le périoste peut être détaché et soulevé par du sang noir et fluide; les os du crâne sont quelquefois mobiles, les sutures relâchées, et la portion de l'os qui correspond à la tumeur est brunie par du sang. Les altérations seront encore plus marquées, si le travail a été plus long et plus pénible; la tête pourra être allongée dans son grand diamètre et aplatie en sens contraire; l'un et l'autre des pariétaux, quelquefois tous les deux, ainsi que le frontal, pourront offrir des enfoncemens avec ou sans fracture, ou des fractures longitudinales, anguleuses ou en étoile; la peau du crâne, de la face et du col pourra être d'un rouge violet et comme contuse; les muscles orbiculaires des paupières, le masseter, etc., seront quelquefois livides et ecchymosés; les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau pourront être fortement gorgés de sang, ainsi que les plexus choroïdes; une quantité plus ou moins considérable de ce fluide pourra s'être épanchée entre la dure-mère et les os du crâne, entre les lames de la pie-mère, entre la tente du cervelet et le cerveau, dans les ventricules ou à la base de ce dernier organe.

Ce n'est pas seulement lorsque la tête se présente au détroit supérieur, que l'on observe de pareilles lésions; quelle que soit la partie du tronc qui s'engage la première, si le travail a été pénible, on trouve des altérations semblables. Nous avons eu l'occasion de disséquer un fœtus à terme qui avait présenté l'épaule gauche

dans la quatrième position; on fit la version et on amena l'enfant vivant après dix-huit heures de souffrances; il périt peu d'instans après. L'épaule gauche, le bras, l'avant-bras et la main du même côté étaient livides; le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré de sang brunâtre; les muscles du bras étaient comme macérés par le sang; mais ce qui paraîtra plus extraordinaire, le péricrâne était le siége d'une foule de petites ecchymoses rouges, étoilées; en l'incisant on voyait que le pariétal gauche et la moitié gauche du frontal étaient couverts de sang.

Déjà M. Chaussier avait noté un fait semblable en décrivant les altérations du fœtus qui présente le *siége*. Si le travail a été pénible, disait-il, on trouve à la partie qui s'est engagée une ecchymose plus ou moins étendue (1); les muscles sous-jacens ont une teinte brunâtre. « On remarque seulement dans *l'épaisseur de l'aponévrose* qui recouvre le crâne, ou dans *le tissu du périoste*, quelques petites ecchymoses rougeâtres, lenticulaires, disséminées çà et là, ce que l'on trouve également dans tous les cas où l'on a été obligé de faire la version de l'enfant; surtout lorsque la tête a été arrêtée quelque temps au passage, et qu'elle est sortie difficilement. Dans les cas qui ont nécessité la version, et si elle n'a pas été opérée immédiatement après la rupture de la poche des eaux, on trouve une ecchymose plus ou moins étendue à la partie qui s'était d'abord engagée. Souvent aussi on en trouve sur les membres qui

(1) Assez souvent c'est dans le scrotum que l'on observe cette ecchymose, lorsque l'enfant présente les fesses.

ont spécialement supporté les efforts nécessaires pour l'extraction de l'enfant.»

2° *Une pression éprouvée par la tête de l'enfant entre les os du bassin, lors même que le travail de l'enfantement n'est pas long.* Il suffit de ce simple énoncé pour faire admettre la possibilité d'une cause de mort qui ne rentre pas précisément dans celle qui vient d'être étudiée sous le titre de *longueur du travail;* en effet cette longueur étant d'autant plus marquée que la résistance qu'éprouve la tête dans sa marche est plus considérable, et que les forces expultrices qui doivent vaincre cette résistance sont moins fortes, il est évident que dans tel accouchement le travail pourra être *de peu de durée* parce que la matrice et les muscles abdominaux se contracteront avec énergie, et pourtant le fœtus pourra périr pendant le travail, par suite de la forte pression dont nous parlons. Quoi qu'il en soit, les lésions cadavériques qui signaleront cette cause de mort ne différeront pas de celles que nous venons d'indiquer à l'occasion de la longueur du travail.

3° *La compression du cordon ombilical ou son entortillement autour du cou* peuvent déterminer l'apoplexie et la mort: le *cadavre* présente alors tous les signes de la congestion cérébrale dont nous avons parlé à l'occasion de la longueur du travail. Il est inutile de dire que la compression du cordon s'observe lorsqu'il sort prématurément et qu'il est serré par le col de l'utérus ou par la tête du fœtus, qui appuie sur les os du bassin, dans les cas où le tronc étant sorti jusqu'au cou, la tête est long-temps arrêtée au passage; enfin, lorsque après la sortie de la tête, les épaules sont long-

temps arrêtées, parce qu'elles se présentent directement au détroit abdominal, ou diagonalement au détroit périnéal.

4° *Une hémorrhagie considérable*, produite par le décollement total ou partiel du placenta, par la rupture de la matrice ou du cordon ombilical. Dans ces différens cas le cadavre du fœtus est pâle comme la cire; plusieurs des viscères sont décolorés; les artères, les veines, les oreillettes et les ventricules du cœur contiennent beaucoup moins de sang; quelques-uns de ces organes peuvent même être vides.

5° *La faiblesse du fœtus*, résultat de son immaturité ou de quelque maladie.

6° *La nécessité où l'on a été de terminer l'accouchement*, parce que la femme éprouvait des convulsions ou d'autres accidens qui pouvaient la faire périr; que le placenta était inséré sur l'orifice de la matrice; que le travail ne faisait point de progrès, ou que le fœtus se présentait mal. Comme, dans ces différentes circonstances, on est obligé d'employer la main, et quelquefois le forceps, les crochets et les perce-crânes, on voit sur les parties du corps du fœtus qui ont été atteintes, des traces non-équivoques de l'impression des doigts ou de ces instrumens.

Après avoir indiqué les causes innocentes qui peuvent faire périr le fœtus pendant l'accouchement, il importe d'examiner si les effets produits par ces causes sont assez caractérisés pour qu'il soit impossible de les rapporter à des manœuvres criminelles, ou, en d'autres termes, si l'on ne peut jamais confondre le cadavre d'un fœtus qui est mort naturellement en naissant, avec celui

d'un fœtus qui a été assassiné. Nous pensons que, s'il est des cas où cette distinction est fort difficile à établir, le contraire doit avoir lieu dans le plus grand nombre de circonstances; en effet, supposons qu'une main homicide parvienne à fracturer le crâne d'un fœtus, à déchirer un assez grand nombre de vaisseaux sanguins pour produire un épanchement notable dans sa cavité, à meurtrir la face et les autres parties du corps au point de donner lieu à une foule d'ecchymoses; certes, ces lésions pourraient être confondues au premier abord avec celles qui sont quelquefois la suite de la *longueur du travail;* mais on évitera *souvent* de les confondre, à l'aide des considérations suivantes : 1° assez généralement les altérations cadavériques graves, qui sont le résultat d'un travail long et pénible, supposent un rétrécissement du détroit abdominal supérieur, produit par la saillie de l'angle sacro-vertébral, et ne correspondent qu'aux portions du crâne qui appuyaient contre la proéminence du sacrum et le rebord du pubis; 2° la partie de la tête qui s'est présentée offre une tuméfaction ordinairement peu étendue, circonscrite, souvent de même couleur que la peau, ou peu foncée; 3° il est rare d'ailleurs que la respiration ait été assez complète pour que les poumons ou leurs fragmens soient plus légers que l'eau; 4° s'il y a eu manœuvre criminelle après la naissance de l'enfant, les désordres sont presque toujours plus grands et ne se remarquent pas précisément aux mêmes parties; ainsi l'infiltration sanguine et la tuméfaction du cuir chevelu peuvent être placées dans un lieu très-éloigné du vertex; dans la plupart des cas elles sont irrégulières, profondes, étendues,

d'une teinte rouge ou noirâtre; elles peuvent correspondre à un décollement de la dure-mère, à une lésion du cerveau; d'ailleurs la respiration peut avoir été assez parfaite pour que la plupart des fragmens pulmonaires surnagent; 5° ajoutons à ces considérations qu'il n'est pas impossible que l'homme de l'art apprenne, dans beaucoup de cas, que la femme n'était point primipare, que la tête s'est présentée dans une bonne position, que ses diamètres n'étaient point disproportionnés à ceux du détroit supérieur du bassin; circonstances qui tendent à éloigner l'idée d'un travail long et pénible.

Il serait impossible de rapporter à une cause criminelle l'apoplexie déterminée par l'entortillement du cordon ombilical, lors même que l'enfant aurait respiré au passage, comme Mahon l'a supposé; il suffirait, en effet, d'avoir égard à la longueur insolite de ce cordon et aux autres circonstances qui ont précédé et accompagné l'accouchement.

On serait plutôt tenté de confondre l'*anémie* qui est le résultat du décollement du placenta ou de la rupture du cordon, avec celle qui serait la suite de l'hémorrhagie ombilicale que la mère aurait provoquée après la naissance de l'enfant, dans le dessein de le faire périr. Mais il n'est guère possible de méconnaître le décollement du placenta aux symptômes qui caractérisent l'hémorrhagie apparente ou cachée qui en est l'effet nécessaire; le diagnostic est surtout facile à établir lorsque le placenta s'insère sur l'orifice de l'utérus: il arrive d'ailleurs quelquefois que la mère succombe. Quant à la rupture du cordon pendant le travail, on sait que si elle a lieu, les bords de la solu-

tion de continuité sont inégaux et irréguliers, tandis que l'hémorrhagie ombilicale, après la naissance, suppose, lorsqu'elle est assez considérable pour faire périr le fœtus, que la section du cordon a été opérée avec un instrument tranchant: en effet, l'écoulement ne tarderait pas à s'arrêter dans un cordon qui aurait été déchiré ou rompu, et qui serait exposé à l'air; or, il est aisé de distinguer si le cordon ombilical a été coupé avec un instrument tranchant, à l'aspect lisse et uni des bords de la section.

Ce que nous avons dit à la page 424 (6°) nous dispense de chercher à déterminer si le fœtus a été victime des manœuvres entreprises par l'accoucheur, dans le dessein de sauver la mère, et quelquefois même de conserver la vie de l'enfant.

L'homme de l'art appelé pour juger si un fœtus a péri pendant l'accouchement, devra examiner attentivement: 1° s'il a respiré et jusqu'à quel point la respiration a été parfaite: en effet, il n'est pas ordinaire de voir les fœtus qui meurent en naissant respirer assez complétement pour faire surnager les fragmens des poumons: la surnatation complète de ces organes serait donc un indice qui militerait en faveur de la vie après la naissance; 2° si la mort ne peut être rapportée à aucune des causes innocentes dont nous avons fait mention : c'est ici qu'il étudiera avec soin tout ce qui pourra l'éclairer sur la nature et la durée de l'accouchement; 3° s'il n'existe point de traces manifestes d'assassinat (*voyez* page 449); 4° si la mère et l'accoucheur assurent avoir senti les mouvemens de l'enfant peu de temps avant l'accouchement, tandis que ces

mouvemens ont cessé d'être sensibles au bout d'un certain temps; 5° si les pulsations des artères, qui étaient distinctes au commencement du travail, ne l'ont plus été quelque temps après.

§ IV.

Si l'enfant a vécu après sa naissance, déterminer le temps pendant lequel il a vécu.

La solution de cette question repose sur la connaissance des changemens qu'éprouvent après la naissance la peau, le cordon ombilical, les poumons, le cœur, la vessie et les intestins. (*Voyez* l'histoire des âges, pag. 66 et suivantes, et l'état des poumons, du cœur, de la vessie et des intestins, pages 338, 383 et 391.)

Si l'enfant appartenait à la race noire, il ne serait pas sans intérêt de consulter le fait relaté par le Dr Cassan (dissertation déjà citée) d'un enfant naissant qu'il a eu occasion d'observer. A l'instant de la naissance, dit ce médecin, la peau du négrillon ne différait en rien de celle des blancs, si ce n'est au scrotum, qui était déjà entièrement noir : un cercle de même couleur entourait la base du cordon ombilical. Les cheveux, légèrement bruns, n'étaient point lanugineux. La membrane muqueuse labiale était d'un rouge très-vif. Vers le troisième jour, la région frontale commença à brunir. On remarquait alors deux bandes noirâtres qui s'étendaient de chaque côté de l'aile du nez à la commissure des lèvres. Ces deux bandes se dessinaient sous l'épiderme, qui semblait seulement les recouvrir, sans participer en rien de leur couleur. Le même phé-

nomène se manifesta le surlendemain de la naissance, à la partie antérieure des genoux. A cette époque, le cercle noir qui circonscrivait le cordon ombilical s'effaça en même temps que la surface entière des tégumens prit une teinte plus foncée.

§ V.

En supposant que l'enfant ait vécu après sa naissance chercher à reconnaître depuis quand il est mort.

Ici il faut avoir égard à la température du corps, à la rigidité ou à la flexibilité des membres, aux divers autres signes de la mort, et surtout à l'état plus ou moins avancé de la putréfaction. La solution de cette question appartient donc à l'histoire de la mort, où nous nous proposons d'étudier attentivement les phénomènes que présentent successivement les cadavres des fœtus qui se pourissent dans l'air, dans les différens gaz, dans l'eau stagnante, dans l'eau renouvelée, dans l'eau de fosses d'aisance, dans du fumier et dans de la terre.

DIX-SEPTIÈME LEÇON.

§ VI.

Si tout porte à croire qu'un fœtus a vécu après l'accouchement, ou qu'il est mort en naissant, déterminer si la mort est naturelle, ou si elle peut être attribuée à quelque violence, et, dans ce cas, quelle en est l'espèce.

Nous avons déjà fait connaître (page 420) les causes innocentes qui peuvent faire périr les fœtus pendant l'accouchement; il importe d'examiner maintenant celles qui déterminent le plus souvent la mort des nouveau-nés.

1° *Les monstruosités.* Les acéphales, les anencéphales, les monopses, beaucoup d'hydrocéphales, etc., périssent immédiatement après la naissance, ou ne vivent que peu de temps, comme nous l'établirons à l'article viabilité.

2° *La faiblesse* des avortons et même des fœtus à terme qui ont été épuisés par des maladies, est souvent la seule cause de la mort.

3° *La longueur du travail.* Si, dans un travail pénible, le fœtus a présenté assez de résistance pour ne pas périr pendant l'accouchement, il peut succomber après la naissance. (*Voyez* ce qui a été dit à la page 420.)

4° *L'asphyxie* parce que l'air ne pénètre pas dans les poumons, comme on l'observe lorsque la bouche de l'enfant reste appliquée sur une des cuisses de la mère, sur des linges mouillés, ou qu'elle se remplit de glai-

res, de caillots de sang; lorsque la langue est collée au palais, que le thymus, trop volumineux, s'oppose à la dilatation du poumon, que le diaphragme est le siége de tumeurs; lorsque les voies aériennes sont engouées par des mucosités ou par la liqueur de l'amnios, ou que les poumons offrent des indurations, des foyers purulens, obstacles qui s'opposent fréquemment à la respiration, ou bien lorsque l'accouchement a été fort brusque et que l'enfant est né enveloppé de ses membranes : la mort a lieu dans ce dernier cas, non-seulement par défaut d'air, mais encore parce que la circulation continuant à se faire comme dans l'utérus, tout le sang s'écoule par la surface du placenta. Les causes de mort dont nous parlons supposent que l'enfant n'a point été secouru, et par conséquent que la mère était seule ou hors d'état de lui prodiguer les soins convenables : elles sont, en général, faciles à constater sur le cadavre. L'engouement des voies aériennes par des mucosités ou par la liqueur de l'amnios, pourrait cependant offrir quelque difficulté, surtout si le fœtus avait été trouvé dans des fosses d'aisance ou dans d'autres lieux semblables; il faudrait alors, comme l'a indiqué M. Schmitt, s'attacher à démontrer par les moyens indiqués à la page 336, si l'enfant a respiré après la naissance, ou si les poumons ont été insufflés, la présence de bulles d'air dans les liquides contenus dans la trachée-artère ou dans les bronches n'étant point suffisante pour établir que la respiration ou l'insufflation ont eu lieu; en effet, il ne répugne pas d'admettre que dans certaines maladies il y ait un développement de substances gazeuses susceptibles de rendre écumeux le

liquide contenu dans les voies aériennes d'un fœtus qui n'a pas respiré. Si, comme l'a observé Scheel, le liquide introduit dans la trachée-artère est limpide, sans apparence de bulles d'air, et nullement écumeux, on peut en conclure que l'enfant n'a pas respiré.

5° *Plusieurs maladies* et notamment la pneumonie, résultat de l'action de l'air froid sur le corps de l'enfant. (*Voyez* pag. 304.)

Rangerons-nous parmi ces causes de mort *la chute de l'enfant sur un corps dur* dans un accouchement très-prompt? La possibilité de cette chute repose sur des faits nombreux et incontestables, parmi lesquels nous choisirons les suivans : 1° Lafosse dit qu'une femme surprise par les douleurs de l'enfantement, assignant toute autre cause à ces douleurs, se levait pour aller à la selle lorsque l'enfant sortit à moitié; on arriva assez à temps pour en prévenir la chute. 2° M. Pasquier de Lyon rapporte que dans un accouchement très-prompt, le cordon ombilical fut rompu et l'enfant tomba sur le carreau. (Journal universel des sciences médicales, année 1821, t. XXII.) 3° M. Meirieu a inséré, dans le n° de mai 1823 du même recueil, l'observation d'une autre femme qui eut à peine le temps d'empêcher l'enfant de tomber; le cordon ombilical fut également rompu. 4° Le Dr Klein, médecin du roi de Wirtemberg, a rassemblé cent-quatre-vingt-trois cas d'accouchement brusque, dans lesquels les enfans étaient tombés sur du pavé, sur un sol planchéié, etc.; chez plusieurs de ces enfans, le cordon ombilical avait été déchiré. Ces exemples de rupture du cordon ombilical, qui sont loin d'être les seuls *bien avérés* que nous pourrions citer, ne

s'accordent guère avec les expériences faites par M. Chaussier, en tenant d'une main le placenta et en attachant des poids assez considérables à l'extrémité du cordon déjà coupé : dans ces expériences, la rupture du cordon ombilical n'a eu lieu qu'avec la plus grande peine. Quoiqu'il en soit on distinguera presque toujours la rupture du cordon, parce qu'elle n'a ordinairement lieu que dans deux endroits, près de l'ombilic et près du placenta, et parce que les bords de la solution de continuité sont le plus souvent frangés, inégaux et irréguliers.

Voyons maintenant que nous avons établi la possibilité de la chute de l'enfant sur un corps dur, si cet accident peut amener des résultats fâcheux. Les opinions sont partagées à cet égard. D'après le Dr Henke, la chute dont il s'agit peut entraîner des lésions graves de la tête, des fractures des os du crâne, des commotions cérébrales, des épanchemens sanguins dans le cerveau, la mort. Les expériences suivantes, tentées par M. Chaussier, semblent venir à l'appui de cette manière de voir. Ce médecin laissa tomber de la hauteur de dix-huit pouces, perpendiculairement sur un sol carrelé, quinze enfans morts qu'il avait soulevés par les pieds : on découvrit sur douze d'entre eux une fracture longitudinale ou anguleuse à un des pariétaux, et quelquefois aux deux, quoiqu'auparavant les os du crâne ne présentassent aucune altération. Dans une autre expérience, on laissa tomber le même nombre d'enfans de la hauteur de trente-six pouces, et l'on vit sur douze d'entre eux une fracture aux os pariétaux, qui s'étendait dans quelques-uns jusqu'à l'os frontal. En les laissant tomber de plus haut, les commissures membraneuses de la

voûte du crane étaient relâchées ou rompues ; le cerveau offrait une altération marquée ; il y avait des ecchymoses dans les membranes de ce viscère, des épanchemens de sang, etc.

Plusieurs médecins pensent au contraire, que l'on a singulièrement exagéré les dangers de ces sortes de chutes ; le Dr Klein est de ce nombre. Après avoir invité les accoucheurs du royaume de Wirtemberg à recueillir avec soin tous les faits propres à éclairer cette question, il rassembla cent quatre-vingt-trois observations d'expulsion brusque, savoir cent cinquante-cinq les mères étant debout, vingt-deux les mères étant assises, et six les mères étant à genoux, le corps incliné en avant ; vingt-une de ces femmes étaient primipares. « Or dans ces cent quatre-vingt-trois cas, il n'y a pas eu un seul enfant de mort, aucun n'a éprouvé de fissure ou de fracture des os du crâne, ou toute autre influence nuisible. Tous ont conservé leur santé, quoique les uns fussent tombés sur un sol planchéié, les autres sur du pavé, et même de la hauteur d'un étage dans l'auge sèche des latrines. La conséquence la plus immédiate et la plus sensible de ces chutes, a été une asphyxie passagère chez deux enfans qui étaient tombés sur le pavé : un autre tombé sur le sol de la chambre avait une légère impression avec ecchymose sur le pariétal droit ; mais ces accidens ont également lieu dans les accouchemens ordinaires. Chez trois qui étaient tombés sur un clou du plancher, ou sur le bord de la marche d'un escalier en pierre, on remarqua une petite plaie superficielle qui n'avait aucune importance. Chez dix-huit expulsés inopinément, les mères étant

debout, on observa de légères taches ou raies bleues, résultat d'une chute sur le baquet : chez un autre enfin un léger éraillement de la peau du front, par l'effet d'une chute dans les latrines. Quelques-uns d'entre eux restèrent quelque temps dans le froid et dans la neige; d'autres sur la terre gelée, sur le pavé, et il fallut les porter assez loin avant d'arriver au domicile de leurs parens. Il n'y a eu chez aucun de ces enfans d'hémorrhagie ombilicale, quoique chez plusieurs le cordon n'eût été déchiré qu'à quatre, trois, deux, et même un pouce du bas-ventre. Chez vingt-un enfans, il était même comme pour ainsi dire arraché dans le ventre; et il a fallu panser la plaie, soit avec de l'agaric, soit avec un emplâtre. » (Dict. de Médec., art. Infanticide.)

Nous pourrions encore rapporter des observations nombreuses recueillies par les accoucheurs les plus célèbres de la capitale, qui n'ont jamais remarqué des accidens notables à la suite des expulsions brusques dont nous parlons.

Ces faits nous permettent de conclure : 1° que si la chute d'un enfant sur un corps dur, dans un accouchement très-prompt, peut déterminer des fractures et d'autres lésions graves, ce phénomène doit être excessivement rare; non-seulement parce que dans les observations qui précèdent, ces lésions n'ont jamais été constatées quand les enfans ne tombaient que d'une hauteur égale à la distance qui sépare le sol des parties génitales; mais encore et surtout parce que dans la plupart des cas d'expulsion brusque, les mères (que nous supposerons debout) fléchissent les jambes sur les cuisses, se baissent et rendent par là beaucoup

moins considérable la hauteur de laquelle l'enfant tombe; 2° qu'à plus forte raison on ne doit pas admettre facilement que la mort puisse être déterminée par une chute de ce genre, à moins que par extraordinaire, celle-ci n'ait eu lieu d'un endroit très-élevé; 3° que les résultats des expériences du Dr Chaussier ne sauraient être invoqués pour infirmer ces conclusions, parce que les fractures du crâne arrivent beaucoup plus facilement chez l'enfant mort que chez celui qui est vivant, les os jouissant dans ce dernier cas d'une souplesse et d'une élasticité qui leur permettent de résister aux efforts que l'on exerce sur eux, et que la chute ayant été perpendiculaire, tandis que dans un accouchement prompt elle a lieu dans une direction plus ou moins oblique, la force doit se trouver décomposée dans ce dernier cas, et agir avec moins d'intensité.

Occupons-nous maintenant des moyens criminels que l'on peut mettre en usage pour détruire l'enfant pendant ou après la naissance. Ces moyens doivent être rapportés, d'après les jurisconsultes, à l'*omission volontaire* des secours qu'il est indispensable de donner au nouveau-né, et à la *commission* de violences intentées contre sa vie : c'est là ce qui a donné lieu à la distinction de l'*infanticide* par *omission* et par *commission*.

Infanticide par omission.

On peut réduire à quatre chefs principaux tout ce qui est relatif à l'omission volontaire des soins à donner à l'enfant qui vient de naître, l'*asphyxie*, l'*hémorrhagie ombilicale*, la *température* de l'atmosphère, et l'*inanition*. Rappelons d'abord quels sont les secours que l'on est

souvent obligé de prodiguer aux nouveau-nés. 1° La face de l'enfant qui vient de franchir la vulve, s'appuyant sur une des cuisses de la mère, dans le plus grand nombre de cas, il peut être *asphyxié* si on ne le retourne pas, et l'on sait que les accoucheurs prescrivent avec raison de le placer sur le côté, le dos tourné vers la vulve de la mère, pour empêcher que les fluides qui s'écoulent n'entrent dans sa bouche. 2° L'*asphyxie* pouvant encore être produite par quelque vêtement, des linges mouillés ou d'autres corps appliqués sur la bouche de l'enfant, il importe de les ôter. 3° Il existe des fœtus dont la langue est accolée au palais, ou dont la bouche est remplie de mucosités, et qui ne peuvent respirer qu'autant que l'on remédie à ces inconvéniens en introduisant le doigt dans la bouche. 4° Il en est d'autres qui sont atteints de l'*asphyxie des nouveau-nés*, et qui périraient infailliblement si on ne cherchait pas à établir la respiration, soit en leur insufflant de l'air dans les poumons, soit surtout en leur faisant des frictions sèches ou excitantes le long du dos, sur la poitrine, sur la plante des pieds ou sur la paume des mains, soit en les entourant de linges chauds, ou en les mettant dans un bain chaud aromatique, et mieux encore en employant tous ces moyens à la fois. 5° Quelques-uns d'entre eux sont dans un véritable état d'apoplexie, et ne parviennent à respirer qu'autant qu'on a laissé saigner pendant quelque temps le cordon ombilical, qu'ils ont été exposés à un air frais, que l'on a pressé mollement et alternativement le ventre, et que l'on a fait usage des bains, des frictions, et de l'insufflation de l'air, comme dans le cas précédent. 6° Il en est qui peuvent

périr par cela seul que le cordon ombilical n'a pas été lié, et, dans le cas où cette ligature a été faite, la mort peut encore arriver, s'il existe une hernie ombilicale dont on aurait déterminé l'étranglement, en appuyant le lien sur la partie de l'intestin invaginée dans le cordon. 7° la mort de l'enfant peut encore être le résultat de la gangrène qui se manifeste, rarement à la vérité, lorsque l'inflammation de l'ombilic est excessivement vive, et qu'elle n'est point combattue par les émolliens.

L'*asphyxie* produite par une des causes dont nous venons de parler dans le paragraphe précédent, constitue un véritable infanticide, s'il est prouvé que l'omission des soins qui l'a déterminée a été volontaire; mais il n'est pas toujours facile d'établir cette preuve.

L'hémorrhagie ombilicale. Les faits consignés dans certains auteurs pour établir que l'omission de la ligature ombilicale n'est pas mortelle, seraient-ils mille fois plus nombreux, ils ne prouveraient rien, dès qu'il serait constaté *qu'un seul enfant* a été victime de cette omission : or, l'observation démontre que plusieurs nouveau-nés sont morts d'hémorrhagie, par défaut de ligature du cordon, quoiqu'à la vérité on remarque le contraire dans le plus grand nombre des cas. Chez d'autres enfans dont le cordon ombilical a été mal lié, la mort a eu lieu le jour même, le lendemain, le surlendemain de leur naissance, et même plus tard, parce que la respiration, qui était déjà bien établie, venant à se suspendre, ou devenant gênée, le sang reprenait son cours par les vaisseaux ombilicaux, quoiqu'il eût cessé d'y passer depuis quelques instans, depuis quelques heures et plus (voy. *Mauriceau*, supplément de

ses Observations, les tomes V et XII du Recueil périodique de la Société de médecine, et les Archiv. génér. de médecine, tom. 7e); d'où il suit évidemment qu'il est utile de pratiquer la ligature, et qu'une femme déjà mère, comme le dit Rose, et élevée dans l'opinion de la *nécessité absolue* de lier le cordon, encourt l'accusation d'infanticide, s'il est prouvé qu'elle a omis volontairement cette opération.

Les médecins qui pensent que la seule omission de la ligature ne doit jamais causer la mort du nouveau-né, ne nient point qu'un enfant dont le cordon n'a pas été lié ne puisse succomber à une hémorrhagie ombilicale. « Si l'on nous présentait, dit M. Capuron, le cadavre d'un enfant pâle, exsangue, couleur de cire, nous regarderions l'hémorrhagie comme l'effet non de l'omission de la ligature, mais des obstacles qui ont empêché ou supprimé la respiration et la circulation. (Médecine légale, pag. 369.) Tout en admettant que l'hémorrhagie est l'effet de la suppression de la respiration, nous ne saurions adopter une pareille proposition, car il est prouvé que l'art possède des moyens de rétablir la fonction supprimée, et que l'enfant aurait pu ne *pas succomber* à l'hémorrhagie, si l'on eût pratiqué la ligature du cordon.

Signes de l'hémorrhagie ombilicale après la naissance. Aux caractères qui annoncent que l'enfant a respiré se joignent les signes de la mort par hémorrhagie. Dirons-nous avec la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette matière que ces signes sont « la pâleur du cadavre, qui est couleur de cire, la décoloration des muscles et des viscères, la vacuité et l'affaissement du système

sanguin, des ventricules et des oreillettes du cœur, des artères et des veines? » Voici ce que l'observation démontre à cet égard :

1° Nous avons fait périr d'hémorrhagie plusieurs chiens, en coupant les deux artères carotides; à l'ouverture des cadavres la cavité gauche du cœur contenait encore une quantité notable de sang rouge; les artères étaient vides, mais la veine cave inférieure était distendue par une assez grande quantité de sang noir; les autres veines contenaient également un peu de sang; les muscles n'étaient aucunement décolorés, et, parmi les viscères, les poumons seuls offraient des traces manifestes de décoloration.

2° Nous avons ouvert des criminels qui avaient été guillotinés. L'aorte thoracique contenait un peu de sang; il y en avait encore moins dans la veine cave inférieure et dans la veine porte; les autres vaisseaux, ainsi que le cœur, n'en renfermaient pas sensiblement. La peau était pâle, sans être couleur de cire. Les muscles étaient aussi colorés qu'à l'ordinaire. Les poumons, le cœur, l'estomac et les intestins étaient décolorés. Le foie l'était beaucoup moins. Les reins et la rate offraient la couleur naturelle : ce dernier organe contenait même une quantité assez notable de sang dans son tissu.

3° On trouve du sang, et quelquefois en quantité notable, dans les vaisseaux artériels et veineux des cadavres des individus qui ont succombé à une hémorrhagie utérine, à la rupture d'un gros tronc artériel, ou à une plaie du cœur.

Ces faits nous portent à conclure que les auteurs ont exagéré les caractères anatomiques de la mort par hé-

morrhagie, et qu'il n'est pas vrai de dire qu'il y ait dans ces cas *vacuité absolue* des vaisseaux sanguins, et *décoloration des muscles* et de *tous les viscères :* donc l'enfant pourrait avoir succombé à une hémorrhagie ombilicale, quoiqu'il y eût du sang dans les vaisseaux et que tous les viscères ne fussent point décolorés.

D'une autre part, en admettant même qu'il y eût vacuité *absolue* des vaisseaux et du cœur, ce caractère, considéré isolément ne saurait être regardé comme une preuve irrécusable de mort par hémorrhagie. « Qui ne sait, dit le professeur Lobstein, combien les expériences sur l'état du sang dans les vaisseaux après la mort de l'individu sont trompeuses? Ne trouve-t-on pas souvent dans des cadavres tous les vaisseaux sanguins vides sans qu'on puisse dire ce que le sang est devenu, et quel est l'anatomiste qui n'a pas remarqué cette disposition dans des cadavres de fœtus, surtout de ceux qui sont morts avant terme? » (Dissertation sur la nutrition du fœtus.) Cette observation judicieuse a été confirmée par un grand nombre de faits, notamment lorsque l'examen portait sur des cadavres déjà putréfiés. Nous rapporterons un exemple de ce genre fort remarquable en parlant de la mort (*V.* tome II).

Nous devons à Rose un certain nombre de remarques utiles sur l'*hémorrhagie ombilicale :* 1° cette hémorrhagie est d'autant plus considérable que le cordon a été divisé plus près de l'abdomen de l'enfant; 2° elle est plus redoutable quand la section a été faite avec un instrument tranchant, que dans le cas de rupture ou de déchirement; on n'a même rien à craindre si le cordon déchiré présente des traces d'ecchymose et de

coagulation sanguine : on sait que les animaux mâchent le cordon de leurs petits, qui ne succombent jamais à l'hémorrhagie ombilicale; 3° l'époque à laquelle la division du cordon a été faite influe beaucoup sur les dangers qu'entraîne l'omission de la ligature; si l'enfant n'a ni respiré ni crié, l'hémorrhagie est plus considérable que dans le cas contraire; 4° il ne faudra point conclure qu'un nouveau-né, pâle et presque exsangue, n'a point succombé à l'hémorrhagie ombilicale parce que le cordon ombilical aura été lié; il est possible en effet que la ligature n'ait été pratiquée par une mère coupable qu'après avoir laissé couler tout le sang de l'enfant, et rien n'empêche que cette femme, pour mieux faire prendre le change, ne lave le plancher et les autres objets teints de sang, et ne substitue aux linges ensanglantés qui couvrent l'enfant, des vêtemens qui n'offrent aucune trace de ce fluide; 5° on n'affirmera point qu'un enfant *dont le cordon ombilical n'a pas été lié*, ait péri par le fait seul de l'omission de cette ligature; car il est possible qu'il n'y ait point eu d'hémorrhagie si l'abdomen a été exposé à l'action d'un froid très-vif, s'il a été comprimé par un bandage, ou si les vaisseaux ombilicaux étaient conformés de manière à prévenir la perte de sang, etc.

Mais en supposant même que l'état du cadavre prouvât que la mort est le résultat d'une hémorrhagie, on ne pourrait affirmer que l'écoulement du sang fût la suite de l'*omission de la ligature du cordon* qu'autant qu'il serait démontré qu'il n'existe aucune autre lésion susceptible de rendre raison de la perte de sang, que le corps du nouveau-né serait bien constitué et le cordon

ombilical non flétri, non affaissé; qu'autant enfin qu'il serait prouvé que cette hémorrhagie n'est pas occasionée 1° par l'implantation du placenta sur l'orifice interne de l'utérus; 2° par l'expulsion brusque du fœtus et du placenta, quel que fût le point de la matrice sur lequel celui-ci fût implanté; 3° par la rupture du cordon ombilical déterminée par des mouvemens convulsifs de la mère ou par la chute de l'enfant lorsque l'accouchement est très-prompt : on conçoit en effet que ces circonstances étant accompagnées d'un état syncopal de la mère, celle-ci ne puisse être accusée d'avoir omis de faire la ligature du cordon; 4° par le décollement du placenta pendant le travail, en même temps qu'il y a rupture du cordon. Nous citerons à l'appui de cette proposition l'exemple suivant, observé par Rœderer, qui mérite de fixer toute l'attention du médecin. Le placenta se décolle et le cordon ombilical se rompt pendant le travail; l'enfant, qui avait respiré aussitôt que la tête eut franchi la vulve, périt pendant l'accouchement; il était inutile de lier le cordon ombilical. Que l'on juge maintenant de l'erreur dans laquelle serait tombé le médecin qui aurait ignoré ces différentes circonstances, et qui aurait attribué la mort du nouveau-né à l'omission de la ligature, fondé sur ce qu'il avait vécu et qu'il était mort d'hémorrhagie.

Tout en admettant qu'il est indispensable, avant de conclure que la mort est le résultat de l'*omission de la ligature du cordon*, d'apprécier ces diverses circonstances, nous dirons que la plupart de ces circonstances ne s'observent pas souvent. Et d'abord pour ce qui

concerne l'*hémorrhagie produite par l'implantation du placenta sur l'orifice interne de l'utérus* et par l'*expulsion brusque du fœtus et du placenta*, elle est extrêmement rare; mais il est encore plus rare que l'expulsion du fœtus arrive avant que la mère ait perdu assez de sang pour succomber. Supposons néanmoins que, dans un cas de ce genre, l'enfant soit expulsé vivant, la mère étant tombée dans un état de syncope, il ne serait pas impossible que l'enfant mourût d'hémorrhagie pendant la syncope de la mère, et qu'en recouvrant ses forces celle-ci jugeât la ligature du cordon ombilical inutile, parce que l'enfant serait mort. Quant à la *rupture du cordon ombilical*, qui serait déterminée par des *mouvemens convulsifs de la mère*, elle ne nous paraît pas absolument impossible. Nous nous rappelons avoir été témoins d'une scène, dit le docteur Marc, qui eût pu déterminer la rupture du cordon, si on eût laissé le fœtus entre les cuisses de la mère; en effet, elle y portait continuellement les mains, tiraillait violemment ses parties génitales, les draps de son lit, et mourut au milieu de ces agitations convulsives. Convenons pourtant qu'il est bien peu probable qu'une accouchée, prise de convulsions assez fortes pour déchirer le cordon ombilical, puisse, si toutefois elle ne succombe pas, recouvrer assez tôt la somme de forces nécessaires pour cacher la preuve de sa faute ou pour s'éloigner à temps. Nous concevons cet effort de la part d'une femme qui, après une forte hémorrhagie, est revenue d'un état syncopal, mais nous avons peine à le comprendre dans la circonstance indiquée, à moins que les convulsions

ne tiennent à une affection épileptique habituelle, qui aurait pu survenir après l'accouchement : alors l'existence de cette affection habituelle devra être bien constatée. Enfin il serait impossible que, dans de semblables cas, on ne trouvât pas d'autres traces extérieures de violences exercées involontairement sur le fœtus. (Dict. de médecine, art. Infanticide). Quoique la *rupture du cordon ombilical* produite par des *mouvemens convulsifs de l'enfant* n'ait jamais été observée, et que sa possibilité ne soit pas facile à concevoir, il est des auteurs qui la rangent parmi les causes qui peuvent déterminer la mort du nouveau-né et faire excuser la mère qui aurait omis de lier le cordon.

La température de l'atmosphère. Il est avéré que dans les hospices de maternité il périt un plus grand nombre d'enfans en hiver qu'en été, ce qui ne peut être attribué qu'à l'impression vive qu'ils reçoivent de l'air froid ; il est donc évident que si l'on expose les nouveau-nés peu ou point vêtus à l'action d'une atmosphère froide, sur le sol, sur des pierres, etc., ils pourront succomber au bout d'un certain temps, et que le délaissement de ces infortunés constituera un véritable infanticide par omission. Le lieu où l'enfant a été trouvé, la saison, l'immobilité, la raideur. la lividité, la contracture du corps, la congestion sanguine dans les gros vaisseaux et dans les oreillettes, la dilatation des poumons, qui nagent sur l'eau, l'absence des lésions produites par une violence extérieure, sont autant de caractères qui mettront le médecin à même de juger la véritable cause de la mort. Le nouveau-né peut encore

périr pour avoir été abandonné dans un endroit fort chaud, près d'un foyer ardent, à l'action du soleil, etc., surtout s'il est entouré de matières végétales et animales en putréfaction.

Inanition. L'abstinence qui se prolonge pendant plus de vingt-quatre heures peut être funeste à l'enfant qui vient de naître ; car, en général, les individus périssent d'inanition d'autant plus vite qu'ils sont plus jeunes. Il suit de là que lors-même que le nouveau-né serait délaissé nu ou presque nu, dans une atmosphère tempérée qui lui permettrait de vivre pendant quelques jours, il pourrait mourir de faim : à la vérité, dans le plus grand nombre de cas, les enfans ainsi abandonnés succombent à l'action de ces deux causes, l'abstinence, et la rigueur de la température. La vacuité de l'estomac et des intestins, et plusieurs des considérations indiquées précédemment en parlant des excès de température, serviraient à éclairer le médecin.

Il importe, avant de terminer cet article, de décider *si une femme qui accouche ou qui vient d'accoucher est en état de prévoir et de donner à son enfant tous les soins nécessaires.*

L'énumération des secours qu'il importe souvent de prodiguer aux nouveau-nés (*Voyez* pag. 437) prouve évidemment que la mère sera hors d'état de les donner, si elle a ignoré qu'elle fût enceinte ou si elle a été surprise par les douleurs de l'enfantement dans un endroit isolé où elle manquait de tout ce qui est nécessaire pour lier le cordon ombilical, si elle est tombée en défaillance à la suite d'une hémorrhagie considérable, comme

cela peut avoir lieu surtout lorsque le placenta s'insère sur l'orifice de la matrice ; si elle a eu des convulsions violentes ; si elle est accouchée pendant une attaque d'apoplexie, ou lorsqu'elle était dans un état de syncope, de mort apparente ou d'assoupissement profond. Il ne serait pas, à la rigueur, impossible, pendant que la femme est dans un état de syncope, qu'il se manifestât des mouvemens convulsifs dans les membres de l'enfant, et qu'il y eût rupture du cordon ombilical et hémorrhagie mortelle, surtout lorsque le cordon est entortillé autour des membres ; il faudrait dans ce cas déterminer attentivement si le cordon a été rompu ou coupé (*Voyez* pag. 444) (1).

Devrait-on accuser impitoyablement une mère qui alléguerait avoir éprouvé des convulsions et avoir déchiré le cordon du nouveau-né qu'elle aurait foulé involontairement aux pieds ? Cette excuse, pour être moins recevable que les précédentes, n'en mériterait pas moins quelque considération.

Avant de prononcer dans les cas difficiles dont nous parlons, l'homme de l'art commencera par s'assurer si l'état actuel de la femme répond à ce que l'on observe le plus ordinairement après la syncope, l'hémorrhagie,

---

(1) D'après le Dr Marc la rupture du cordon par l'effet de circonstances qui dépendent de l'enfantement, se fait *presque constamment* très-près de l'ombilic ou très-près du placenta, et les bords de la solution de continuité sont frangés et inégaux.

les convulsions ; et il appréciera à leur juste valeur les divers motifs d'excuse.

DIX-HUITIÈME LEÇON.

Infanticide par commission.

Les causes violentes et criminelles qui peuvent déterminer la mort du *nouveau-né* sont fort nombreuses; les plus remarquables sont les plaies de tête, l'acupuncture, la détroncation, les vastes blessures, les fractures des membres ou leur section complète, la luxation des vertèbres cervicales, la torréfaction, l'asphyxie résultat de l'enfouissement dans un coffre, de l'oblitération des cavités nasales et buccales, ainsi que des voies aériennes, et de la submersion, l'empoisonnement par des gaz délétères, etc. Les manœuvres auxquelles on a plus particulièrement recours pour arracher la vie à un enfant *naissant* sont, l'écrasement de la tête entre les cuisses avant que l'accouchement ne soit terminé, l'introduction d'une aiguille très-déliée à travers les fontanelles ou les sutures ; la torsion du col après la sortie de la tête, la détroncation, l'étranglement avec les mains ou avec un cordon, etc. L'examen détaillé de chacune de ces causes doit être renvoyé aux *blessures*, à l'*asphyxie* et à l'*empoisonnement par les gaz* ; nous ne devons faire mention ici que des objets qui se rapportent plus particulièrement à l'infanticide.

Blessures. On cherchera à déterminer si elles ont été faites avant ou après la mort du nouveau-né ; s'il y a

des ecchymoses, on jugera, d'après leur couleur, si elles ont été produites peu de temps ou long-temps avant la mort, et on évitera de confondre avec ces lésions, les lividités cadavériques, et les vergetures (1). (Voyez *Blessures* et *Mort.*) Les *ecchymoses* et les *plaies* de tête, avec ou sans fracture des os du crâne, pouvant être le résultat de manœuvres criminelles, de l'application du forceps ou d'autres instrumens employés pour terminer l'accouchement, de la longueur du travail, de la chute rapide sur le sol, etc., on ne se hâtera point de prononcer sur la cause qui les a produites, et on n'oubliera point que la présence des tumeurs à la tête indique *en général* que l'enfant était sorti vivant de l'utérus, et qu'il est souvent possible de distinguer si ces tumeurs sont le résultat de la longueur du travail ou d'une violence extérieure. (*Voyez* pag. 425.) Une vaste plaie contuse, compliquée de fracture des os et d'épanchement de sang dans le crâne, sera presque toujours l'indice d'une manœuvre criminelle.

Lorsqu'on cherchera à reconnaître si la mort est le résultat de l'*acupuncture*, on examinera attentivement, 1° si l'aiguille n'a pas été enfoncée dans le cerveau par les narines, les oreilles, les tempes, les fontanelles, les sutures, ou dans la moelle épinière par l'espace qui sé-

(1) Il n'est pas indifférent de se rappeler en pareil cas que des ecchymoses peuvent exister en assez grand nombre chez des enfans atteints de *congestion pulmonaire sans inflammation* (*voyez* ce qui a été dit à cet égard à la page 378 de ce volume).

pare les vertèbres cervicales, ou dans le cœur par la région thoracique gauche, au-dessous du sein, ou dans les viscères abdominaux par le rectum et le bassin; 2° si la partie piquée présente ou non des ecchymoses. on ne saurait prendre trop de précautions; on rasera les poils, on sondera attentivement les ouvertures, et si on n'apercevait à l'extérieur aucune trace de piqûre, on ouvrirait le cadavre pour s'assurer qu'un ou plusieurs organes ont été blessés; et, en supposant que l'on découvrît une lésion de ce genre, on en suivrait les traces du dedans au dehors jusqu'à ce que l'on fût parvenu au point extérieur par lequel l'instrument a été introduit.

La *section* complète d'un ou de plusieurs membres, la *détroncation*, la *luxation* des vertèbres cervicales ou d'autres os, les *fractures*, etc., sont autant de moyens que l'on a employés pour arracher la vie à des nouveau-nés. La section complète d'un membre, opérée sur un enfant vivant, prouve évidemment qu'il y a eu *infanticide* : il s'agira donc de constater si la blessure a été faite avant ou après la mort. La *détroncation* et la *luxation des vertèbres cervicales* peuvent aussi bien être l'effet de tiraillemens violens exercés par l'accoucheur, que de manœuvres criminelles; il faudra donc avant de porter un jugement chercher à connaître quelle a été la nature de l'accouchement. Buttner rapporte qu'une femme furieuse, voulant tordre le cou à son enfant, sépara, en se livrant à cet acte de violence, la tête du tronc. Les *luxations des autres os*, lors même que l'on serait convaincu qu'elles ont eu lieu du vivant

de l'enfant, ne prouvent point qu'il y ait eu violence extérieure, puisqu'elles peuvent survenir chez les fœtus encore renfermés dans le sein de leur mère ; n'a-t-on pas vu des enfans naissans qui avaient les deux cuisses, les deux genoux, les deux pieds et les trois doigts de la main gauche luxés ? M. Chaussier rapporte qu'il y avait une luxation complète de l'avant-bras gauche chez un enfant vivant qui venait de naître: l'accouchement avait été *facile*, mais la mère avait ressenti, vers le commencement du neuvième mois de la grossesse des mouvemens très-brusques et très-violens. Toutefois, comme ces luxations, dites spontanées, sont assez rares, on devra être porté à présumer que le nouveau-né a été l'objet de quelque violence, si on découvre une altération de ce genre, et que l'on soit convaincu qu'elle n'est pas l'effet des efforts exercés sur les membres pendant le travail. Comme les luxations, les *fractures* sont quelquefois spontanées, M. Chaussier en a pu compter cent treize sur le squelette d'une petite fille qui avait vécu vingt-quatre heures; l'accouchement avait été facile ; plusieurs de ces fractures étaient récentes, les autres commençaient à se consolider, et les autres étaient complétement réunies. Des faits analogues avaient déja été consignés dans les Annales de la Médecine : on sait d'une autre part que les fractures des os longs peuvent être la suite des tiraillemens exercés par l'accoucheur ; enfin, nous avons déjà dit que les contractions utérines seules pouvaient déterminer la fracture des pariétaux, etc., lorsque le travail était long. (*Voyez* pag. 421.) Ce serait donc à tort que l'on conclurait qu'il y a eu infanticide, d'après l'existence seule

de ces sortes de lésions ; il faudrait avant s'assurer que la fracture n'est le résultat d'aucune des causes dont il vient d'être fait mention.

Nous pouvons en dire autant de certaines contusions graves que l'on remarque chez le nouveau-né, de la déchirure du tissu de ses organes, et principalement du foie, de certains épanchemens de sang, d'ecchymoses, de hernies, etc., qui peuvent être le résultat d'un coup porté avec violence sur les parois de l'abdomen de la femme enceinte sans qu'il y ait aucune lésion appréciable de ces parois ni de l'utérus.

On n'ignore pas que l'emploi des doigts, des lacs, des crochets mousses, etc., a été quelquefois suivi de contusions aux poignets, aux malléoles, aux aines, aux aisselles, etc.; il serait par conséquent absurde de regarder de pareilles traces comme étant constamment le résultat de manœuvres criminelles; mais ce qu'il importe surtout de savoir, c'est qu'une femme qui accouche seule, peut *innocemment* meurtrir le nouveau-né avec ses mains, et il faut alors, de la part du médecin, une grande sagacité pour rapporter à leur véritable cause les blessures qu'il a constatées : souvent même il est obligé d'avoir recours à une foule de considérations qu'il serait impossible de détailler ici, tant elles sont variées. Le fait suivant, célèbre dans les fastes de l'art, est relatif à un cas de ce genre.

« *Marguerite Granger*, accusée d'infanticide, avait déclaré qu'elle était tombée, neuf jours avant ses couches, n'étant pas tout-à-fait à terme, et qu'elle était accouchée seule dans son lit, une heure après s'y être mise, et quatre heures après la première douleur. Elle

prétendit qu'elle n'avait pas entendu crier son enfant au moment de la naissance, qu'elle ignorait comment elle avait rompu le cordon ombilical, *quels efforts elle avait pu faire* sur l'enfant, en l'arrachant elle-même de son sein. C'était sa première couche. On la vit les mains teintes de sang après l'accouchement, et la délivrance eut lieu quatre heures plus tard. Elle déclara qu'elle n'avait pas été bien sûre de sa grossesse, et que son chirurgien avait partagé son opinion. Nulle trace de sang n'avait été reconnue par le juge de paix dans aucun endroit, ni sur aucuns des meubles du cabinet où cette fille couchait, et d'où elle n'était pas sortie. Le rapport des médecins portait, « que le corps de » l'enfant était sain et sans corruption; qu'il leur paraissait être venu à terme, que le cordon n'avait été » ni lié ni coupé, mais déchiré à un pouce et demi du » ventre; qu'il existait une ecchymose répandue tant » sur la tête qu'au cou et à la poitrine, principalement » du côté gauche; qu'ils avaient observé *vingt-quatre* » *à vingt-cinq blessures* ou *meurtrissures*, longues la » plupart de quelques lignes, les plus longues n'excédant pas dix-huit lignes, dont quelques-unes affectaient une forme circulaire; les autres étaient droites » n'ayant pas toutes plus d'une ligne de largeur, situées » sur les différentes parties de la face, excepté six, répandues au col et à la partie supérieure de la poitrine : *ce qui leur avait fait présumer que la tête de* » *cet enfant avait pu être lancée contre quelque corps* » *étranger et dur, dont les impressions étaient inégales;* » qu'ayant examiné la bouche, ils avaient vu la mâchoire inférieure divisée en deux, et fracturée à sa

» symphyse, *laquelle séparation avait pu provenir des*
» *efforts faits pour empêcher l'enfant de crier, ou pour*
» *l'étouffer;* qu'ils avaient aperçu au-dessus de l'oreille
» gauche une dépression ou enfoncement qui n'exis-
» tait point au côté droit, et n'était pas ordinaire; qu'ils
» s'étaient déterminés à ouvrir la tête, et avaient re-
» connu le pariétal gauche enfoncé dans sa partie in-
» férieure; qu'à l'ouverture du crâne, il s'était écoulé
» beaucoup de sang liquide, ce qui n'aurait pas eu lieu
» si l'enfant fût mort avant que de naître, et s'il n'avait
» pas été contus, parce qu'on avait trouvé beaucoup
» de sang extravasé à la base du crâne; que pour s'as-
» surer davantage si l'enfant était vivant en venant au
» monde, ils avaient ouvert la poitrine, à l'inspection
» de laquelle ils s'étaient convaincus que le poumon
» avait été dilaté et gonflé par l'air extérieur: ce qui
» prouvait qu'il était né vivant en sortant de la matrice. »
En conséquence, les médecins prononcèrent qu'il y avait eu infanticide, et la femme fut condamnée à mort par le tribunal criminel du département de l'Yonne.

» MM. Bourdois, Baudelocque, six médecins et trois chirurgiens de Troyes, ainsi que M. Fodéré, furent consultés en même temps: leurs rapports offrant les mêmes conclusions, nous nous bornerons à faire connaître celui de M. Fodéré, qui chercha d'abord à établir que les vingt-quatre ou vingt-cinq lésions peu étendues auxquelles les experts donnaient indifféremment et mal à propos le nom de *blessures* ou *de meurtrissures*, n'avaient rien de commun avec un choc, et qu'elles annonçaient plutôt la manière dont la fille s'était délivrée et les armes dont elle avait fait usage pour cela;

que la division de la symphyse de la mâchoire inférieure attestait seulement les efforts que l'accusée avait dû faire, au milieu des plus violentes douleurs, pour se délivrer par tous les moyens possibles d'un premier enfant ; que l'enfoncement du pariétal et la dépression observée au-dessus de l'oreille étaient un effet assez ordinaire de l'accouchement ; que le sang fluide épanché à la base du crâne se rencontrait chez tous les enfans dont la tête était restée long-temps au passage, et qui avaient péri dans cette pénible fonction ; que, d'ailleurs, les ventricules cérébraux des nouveau-nés contenaient ordinairement beaucoup de sérosité rougeâtre, et le cerveau beaucoup de sang ; qu'ainsi il était absurde d'en inférer que l'enfant était né vivant ; que le défaut des épreuves respiratoires empêchait d'établir cette dernière conséquence, laquelle était, d'ailleurs, écartée par l'état du cordon ombilical, rompu très-près du ventre, qui aurait sans doute donné lieu à une hémorrhagie dont on aurait observé les traces si l'enfant était né vivant ; mais que précisément parce qu'il n'avait pas donné une seule goutte de sang, c'était une preuve que l'enfant était mort en naissant, s'il ne l'était pas déjà avant que de naître. La femme fut acquittée. » (*Capuron*, Médecine légale, p. 350.)

La lecture du mémoire consultatif de M. Fodéré fait naître de nombreuses réflexions. On voit d'abord combien le premier rapport des médecins est incomplet, mal rédigé et loin d'autoriser les conclusions qui le terminent : aussi devait-on parvenir facilement à en faire sentir toute la nullité. Les moyens employés par le professeur de Strasbourg pour rendre la liberté à l'accusée

sont en général basés sur des faits dont on ne saurait contester l'importance et la vérité; il en est cependant quelques-uns dont la valeur peut être discutée, et il nous paraît d'autant plus essentiel de le faire, que la réputation dont jouit l'auteur qui les a mis en avant pourrait porter les médecins qui seraient appelés dans des cas analogues, à prendre pour modèle le mémoire qu'il a rédigé. Après avoir établi que les vingt-quatre ou vingt-cinq blessures n'avaient rien de commun avec un choc, M, Fodéré ajoute *qu'elles annoncent plutôt la manière dont la fille s'était délivrée, et les armes dont elle avait fait usage pour cela;* ces armes étaient sans doute les mains et les ongles; et dès lors n'était-il pas nécessaire d'examiner si les coups d'ongle avaient été donnés dans un dessein criminel? Nous avons été chargés, il y a deux ans, de déterminer la nature de dix ou douze blessures semblables que présentait le bras gauche d'un fœtus de huit mois; nous reconnûmes qu'elles avaient été faites par des ongles, et le magistrat ne tarda pas à se convaincre que les coups avaient été portés par la mère, après la naissance de l'enfant. M. Fodéré ajoute *que si l'enfant était né vivant, il aurait perdu beaucoup de sang par le cordon ombilical, qui avait eté rompu très-près du ventre, et que précisément parce qu'il n'avait pas donné une seule goutte de sang, l'enfant était mort en naissant ou peu avant de naître.* Mais il est dit expressément dans le rapport des premiers médecins *que le cordon ombilical n'avait été ni lié, ni coupé*, mais *déchiré* à un pouce et demi du ventre: or la déchirure du cordon peut n'être pas suivie d'un écoulement sanguin considérable, si l'extrémité déchirée présente des

traces d'ecchymose et de coagulation. Et comment M. Fodéré a-t-il pu assurer que le cordon n'avait pas donné *une seule goutte de sang?* est-ce parce que le juge de paix n'en avait reconnu aucune trace sur les meubles du cabinet? Cette preuve est loin d'être concluante, parce qu'on aurait pu laver les taches formées par le sang qui se serait écoulé. Mais admettons qu'il en fût ainsi, serait-il permis d'affirmer qu'un enfant serait mort-né, parce que la portion rompue du cordon ombilical n'aurait point fourni une seule goutte de sang, lorsqu'on sait que dans beaucoup de cas où le cordon n'est coupé qu'après que la respiration a été parfaitement établie, il n'y a aucun écoulement de sang par l'extrémité coupée du cordon?

La *torréfaction* est encore un des moyens que la scélératesse pourrait mettre en usage pour détruire le nouveau-né; les ravages occasionés par le feu peuvent être tels que le corps soit entièrement consumé; s'il n'en est pas ainsi, on cherchera à découvrir s'il y a des phlictènes, altération qui dénote manifestement que l'enfant était vivant lorsqu'il a été brûlé; il peut se faire aussi qu'une assez grande partie des poumons ait échappé à l'action du feu pour que l'on puisse constater qu'ils sont plus légers que l'eau, et présumer par là qu'il y avait eu respiration. Du reste, il est évident que dans des cas semblables tous les efforts de l'homme de l'art ne peuvent servir qu'à établir si le nouveau-né a été brûlé avant ou après la mort; c'est au magistrat à chercher ailleurs que dans les sciences médicales s'il y a eu meurtre, et quel a en été l'auteur.

Asphyxie. Il est des cas d'*asphyxie* suivie de mort, où

il est impossible de méconnaître que le nouveau-né a été victime d'une tentative criminelle, c'est lorsqu'il a été trouvé enfoui dans un coffre, noyé dans une liqueur quelconque, ou lorsque la bouche et les narines ont été bouchées par du foin, de la paille, de la boue, etc. (*Voy.* Asphyxie par submersion.) La cause de la mort est plus difficile à découvrir si l'enfant sur lequel on n'a aucune espèce de renseignement a été suffoqué sous des couvertures ou des matelas, par la compression de la trachée-artère avec les doigts, avec un lac, ou par l'application de l'épiglotte sur la glotte. Il faut alors examiner attentivement si l'enfant a vécu, si le frein de la langue n'est pas déchiré, si la langue n'a pas été repoussée, renversée sur l'épiglotte, s'il n'y a point des signes manifestes de congestion cérébrale, si les tégumens du col n'offrent point d'excoriation, de taches brunes, etc. (*Voy.* Asphyxie) (1). La forme et la situation de ces taches devront surtout être notées avec le plus grand soin; sont-elles circulaires, obliques, ou ressemblent-elles à des empreintes digitales? sont-elles situées à la partie inférieure, moyenne, ou supérieure du corps? sont-elles larges ou étroites (2)?

---

(1) On n'oubliera pas que nous avons admis, en parlant *de la congestion pulmonaire sans inflammation*, que l'enfant peut périr asphyxié par le seul fait de cette congestion (*voyez* pag. 378 de ce vol.).

(2) Nous nous servons du mot *tache* et non de celui d'*ecchymose* parce qu'en effet l'étranglement déterminé par la main, par un lacet ou par une corde, s'il produit une lésion locale appréciable, cette lésion consiste bien

Mais faudra-t-il conclure de la seule présence de ces taches que l'enfant a été assassiné, et ne peuvent-elles pas être le résultat de la compression exercée sur le col du nouveau-né par l'orifice de l'utérus ou du vagin, ou par le cordon ombilical? Nous n'hésitons pas à affirmer que si la stricture de l'orifice utérin et l'entortillement du cordon ombilical déterminent des taches semblables au col, ce phénomène *est on ne peut plus rare*. MM. Evrat, Désormeaux, Moreau, Paul Dubois, Velpeau et Billard ne l'ont jamais remarqué, quoiqu'ils aient fréquemment reçu des enfans dont le cordon ombilical était entortillé autour du col. Voici comment s'exprime à ce sujet le Dr Klein. « Je n'ai jamais observé *des ecchymoses ni des sugillations* produites par le col utérin et par le cordon ombilical, quoique j'aie reçu un assez grand nombre d'enfans dont le cou était fortement étranglé par un ou deux tours du cordon ombilical, et qui succombèrent par l'effet de cette strangulation, ou du moins vinrent au monde avec la face livide et tous les signes d'une mort imminente. Il s'est également présenté dans ma pratique un bon nombre de structures de l'orifice utérin, qui pendant la version paralysèrent presque mon bras, et rendirent ensuite très-pénible l'application du forceps, parce que le cou de l'enfant était étranglé par cet orifice; d'autres fois j'ai

---

plus souvent en une tache brune de la peau sans qu'il y ait du sang épanché dans le tissu cellulaire sous-cutané, qu'en une ecchymose ou épanchement de sang dans ce même tissu (*Asphyxie par suspension*).

vu ces structures autour du cou avoir lieu, la tête s'étant dès le commencement du travail présentée la première, et jamais je n'ai remarqué sur le fœtus, soit une impression quelconque, soit une simple sugillation. Il serait bien important, sous le rapport médico-légal, de recueillir toutes les observations qui tendraient à prouver la réalité des prétendues traces que laissent sur le fœtus ces étranglemens, ces strictures, qui appartiennent au travail de l'enfantement. Quant à moi je me trouve porté à en douter, par la raison que j'ai pratiqué un grand nombre de versions très-pénibles pendant lesquelles l'enfant avait évidemment manifesté son état de vie par des mouvemens, et cependant il m'est arrivé très-souvent de ne trouver sur aucune partie de l'enfant mort ou en vie des traces de sugillation, pas même aux endroits ou les lacs avaient été appliqués. Combien d'accouchemens n'ai-je pas terminés par le forceps, sans avoir reconnu la moindre ecchymose sur la tête de l'enfant! Enfin j'ai observé quinze suicides par suspension où la corde n'avait produit aucune ecchymose, même superficielle, et l'on voudrait prétendre que le col de l'utérus et même le vagin suffisent pour produire un semblable résultat! » (Journal d'Hufeland, novembre 1815.)

Admettons toutefois, pour ne pas être taxés d'imprévoyance, que dans certains cas la structure de l'orifice utérin et l'entortillement du cordon développent sur le col des taches brunes semblables à celles qui peuvent être produites par la main, un lacet, une corde, etc. Est-il possible de parvenir à déterminer la cause qui les a fait naître?

D'après Ploucquet, l'étranglement par l'orifice de l'utérus ou du vagin et par le cordon ombilical, accompagné de l'excoriation de l'épiderme et l'ecchymose qui en résulte, est uniforme sur tous les points, tandis que si l'on a fait usage d'un lacet, d'un cordon, l'épiderme est excorié, et l'ecchymose est inégale dans sa forme et sa profondeur. Plusieurs auteurs, mais surtout Rose et MM. Marc et Capuron, se sont élevés contre l'assertion de Ploucquet; il n'est pas prouvé, disent-ils, que dans l'étranglement qui a eu lieu pendant le travail, la peau ne puisse jamais être excoriée et l'ecchymose inégale; en effet, il suffit pour produire ce dernier effet que la main de l'enfant soit placée à côté du col lorsque celui-ci est serré par l'orifice de l'utérus : d'une autre part, il est possible d'admettre que, dans le cas de violence extérieure, lorsqu'on apporte toute l'attention convenable, la compression par un lacet très-uni soit aussi uniforme et aussi égale que celle qu'exercent le col de l'utérus ou le cordon ombilical. Les caractères indiqués par Ploucquet sont évidemment insuffisans pour résoudre la question, et nous avouerons sans peine que sa solution nous paraît impossible dans l'état actuel de la science. (*Voy.* Asphyxie par suspension, tome IIe.)

Quoi qu'il en soit, nous observerons en terminant tout ce qui se rapporte à l'asphyxie considérée comme cause violente de la mort du nouveau-né, 1° que la présence d'une tache circulaire autour du cou avec épanchement de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané correspondant à la tache, annonce qu'il y a eu strangulation pendant la vie; 2° que s'il est impossible de nier

que ces effets puissent être le résultat de la stricture de l'orifice de l'utérus ou de l'entortillement du cordon ombilical autour du cou, du moins est-il certain qu'aucun fait bien avéré ne démontre qu'il en soit ainsi, et que dès lors il est tout naturel de les attribuer à une violence exercée par une main criminelle; 3° que la coïncidence des signes d'étranglement dont nous parlons et de ceux qui annoncent que la respiration s'est effectuée après la naissance d'*une manière complète*, doit nous porter d'autant plus à conclure que l'enfant a été victime d'une tentative criminelle, qu'il n'a pas pu se suicider et qu'il est impossible d'admettre que dans un cas de stricture de l'orifice de l'utérus ou d'entortillement du cordon ombilical autour du col, capable de produire un pareil épanchement de sang, l'enfant soit né vivant ou du moins qu'il ait respiré complètement (1); 4° que la présence de taches brunes à la peau du col, sans épan-

(1) On objectera peut-être que dans un cas de vagissement utérin et d'entortillement du cordon ombilical autour du col, l'enfant qui serait mort pendant le travail présenterait au col les marques de sévice produites par le cordon, et cependant ses poumons surnageraient. Mais nous ferons observer que lors même que l'on admettrait la réalité des vagissemens utérins (*voyez* pag. 367), la respiration ne pourrait avoir lieu que très-incomplètement à raison de la constriction opérée par le cordon, constriction que les auteurs de l'objection supposent nécessairement très-forte, puisqu'ils la regardent comme pouvant donner lieu à un épanchement de sang dans le tissu cellulaire du col.

chement de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané correspondant, ne suffit pas pour établir que la strangulation a eu lieu pendant la vie. (*Voy.* Asphyxie par suspension.) 5° que l'absence de ces taches, de l'ecchymose sous-cutanée, ou de ces deux signes à la fois, ne prouve pas, à la rigueur, que l'étranglement n'ait pas eu lieu avant la mort.

Si, comme il est arrivé quelquefois, le nouveau-né avait été exposé à l'action du gaz acide sulfureux (soufre qui brûle), il faudrait examiner attentivement la couleur et l'odeur de la bouche et des voies aériennes, s'il y a ou non des traces d'inflammation, etc. Il a été remarqué par Hallé que le cœur des animaux empoisonnés par ce gaz est petit, contracté, dur et d'un rouge vif; toutefois ce caractère n'est pas assez tranché pour que l'on puisse en tirer grand parti en médecine légale.

La mort déterminée par le gaz des fosses d'aisance serait reconnue aux signes qui seront indiqués à la page 380 du tome III.

§ VII.

En admettant qu'un enfant dont on a trouvé le corps ait été tué, est-il possible de prouver qu'il appartient à la femme que l'on accuse, et qu'elle est l'auteur du meurtre?

On sent combien il serait important de pouvoir décider ces deux questions; mais malheureusement tous les efforts des médecins échouent pour résoudre la dernière; et, relativement à l'autre, ce n'est qu'avec la

plus grande difficulté qu'il parvient à établir quelquefois *qu'un enfant n'appartient pas à la femme qu'on accuse*, *ou qu'il peut lui appartenir*. Voici les cas où il est permis à l'homme de l'art de porter un pareil jugement. S'il reconnaît qu'une femme est accouchée depuis deux ou trois jours seulement, tandis que la naissance de l'enfant date de cinq, huit, douze ou quinze jours, ou, ce qui revient au même, que l'âge du nouveau-né ne se rapporte aucunement à l'époque où l'accouchement a eu lieu, il déclarera que l'accusée n'est point la mère; à plus forte raison il se conduira de même s'il trouve que, loin d'être accouchée, la femme n'a jamais été enceinte. Si, au contraire, le nouveau-né est âgé de deux ou trois jours, et que l'accouchement soit récent, ou, en d'autres termes, si l'âge de l'enfant se rapporte à l'époque présumée, il sera permis de dire qu'il *peut* appartenir à la femme accusée. D'où il résulte que la solution de ce problème repose tout entière sur les faits dont nous nous sommes déjà occupés dans plusieurs autres questions, et que nous nous bornerons à rappeler. *Comment reconnaître*, 1° *s'il y a eu grossesse?* 2° *si une femme est accouchée?* 3° *l'époque de l'accouchement?* ce que l'on détermine en ayant égard aux suites des couches et à l'état des organes génitaux; 4° *le moment où l'enfant est né?* ce qui suppose que l'on connaît pendant combien de temps il a vécu, et depuis quand il est mort. Il est même nécessaire de déterminer si l'enfant *était à terme* au moment de la naissance, quelles étaient ses dimensions, etc.; admettons en effet que l'on éprouve d'assez grandes difficultés à reconnaître si la femme est accouchée depuis peu de jours;

pour être porté à nier l'accouchement, ne faut-il pas, avant d'énoncer un pareil jugement, examiner si l'obscurité ou l'absence des signes de l'accouchement ne tiennent pas à ce que le produit expulsé étant un avorton, ou un fœtus à terme, peu développé, les organes de la génération n'ont pas souffert une grande dilatation, etc.?

DIX-HUITIÈME LEÇON.

Résumé sur l'Infanticide.

L'importance du sujet que nous venons de traiter mérite que nous lui consacrions encore quelques lignes; une analyse rapide des objets qui doivent fixer l'attention du médecin dans une question de ce genre ne sera pas sans intérêt. Pénétrons-nous bien de cette vérité, que, dans la plupart des cas, le sort des accusés est entre nos mains; et quelle que soit l'horreur que nous inspire le crime d'infanticide, n'oublions pas que nous ne devons jamais conclure qu'il a été commis, qu'autant que nous en sommes convaincus. Sans doute que certains coupables échapperont au glaive de la justice, parce qu'il nous aura été impossible d'établir l'existence matérielle du crime; mais aussi serons-nous assurés de n'avoir jamais contribué à la condamnation d'un innocent.

1° Quand on est appelé pour faire un rapport sur le cadavre d'un nouveau-né, inconnu et abandonné dans un champ, une rue, une place publique, etc., on doit l'examiner avec autant d'attention que dans le cas où la mère serait connue; en effet, il serait possible que le zèle des magistrats ne tardât pas à être couronné

d'un plein succès, en découvrant qu'une femme est récemment accouchée, et que tout porte à croire que l'enfant délaissé lui appartient.

2° Après avoir noté tout ce qui est relatif aux objets qui entourent le cadavre, à sa situation, au lieu où il a été trouvé et aux autres circonstances qui seront indiquées avec soin à l'article *Ouverture des cadavres* (*V.* MORT), on examine attentivement la longueur, le poids de l'enfant, la peau, le cordon ombilical, les cheveux, les ongles, les paupières et tout ce qui peut contribuer à déterminer son âge au moment de la naissance (*V.* pag. 67); on tient compte des lésions extérieures, de l'état plus ou moins avancé de putréfaction, etc.; si on néglige ces détails et que l'on procède de suite à l'ouverture du cadavre, on s'expose à ne plus pouvoir constater plus tard les caractères que la surface du corps présente, pour parvenir à résoudre plusieurs questions importantes.

3° On cherche à découvrir la cause de la mort. Le nouveau-né a pu périr *avant de sortir de l'utérus*, ce que l'on reconnaît quelquefois à la simple inspection du fœtus, tandis qu'on ne peut y parvenir dans certaines circonstances qu'en examinant avec la plus grande attention les signes fournis par la femme qui vient d'accoucher, l'état des divers organes du cadavre et de l'arrière-faix. On aurait tort de croire qu'il suffit d'établir qu'il n'y a au sommet de la tête du fœtus ni tuméfaction ni ecchymose, ou que les poumons se précipitent au fond de l'eau, pour être certain que la mort a eu lieu dans l'utérus, puisque d'une part on a vu des altérations de ce genre sur la tête d'enfans morts dans la

matrice, tandis qu'elles manquent souvent chez d'autres qui ont vécu après la naissance, et que d'une autre part on sait que les poumons peuvent se précipiter au fond de l'eau, quand l'enfant est mort en naissant et même quand il a respiré après la naissance. *Le nouveau-né a pu périr pendant l'accouchement*, ce qui dépend de la difficulté et de la longueur du travail, de la compression du cordon ombilical, ou de son entortillement autour du col, de l'hémorrhagie qui suit le décollement du placenta, de la faiblesse du fœtus, des manœuvres que l'accoucheur a tentées pour délivrer la femme et qui ont exigé l'emploi du forceps, des crochets, des perce-crânes, etc. ou de tentatives criminelles comme l'acupuncture, la torsion de la colonne vertébrale, la suffocation, etc. Des notions précises sur la nature, le mode et la durée de l'accouchement, pourront seules guider l'homme de l'art dans la solution d'un problème aussi épineux. Rappelons toutefois que l'enfant peut avoir respiré au passage, et par conséquent que la surnatation des poumons ou de leurs fragmens ne suffit point pour prouver qu'il n'est pas mort avant de naître. *Le nouveau-né a pu périr après la naissance : a* parce qu'il était monstrueux, faible, atteint d'une maladie grave; *b* parce qu'on a omis de lui donner les secours nécessaires, et qu'il a succombé à l'asphyxie, à l'inanition, à l'hémorrhagie ombilicale, ou à l'action d'un froid trop vif ou d'une chaleur trop intense. Il importe alors de rechercher si l'omission des soins a été volontaire, ou si la mère se trouvait dans l'impossibilité de les prodiguer, comme cela pourrait arriver, si elle avait

ignoré sa grossesse et qu'elle eût été surprise par les douleurs de l'enfantement dans un lieu isolé; si elle était accouchée sans le savoir par une des causes indiquées à la page 253; *c* parce qu'on a exercé des actes de violence que l'on peut rapporter aux *blessures*, à *l'asphyxie* et à *l'empoisonnement par le gaz;* il est indispensable, dans ce cas, de constater les marques de sévices, et de ne point les confondre avec celles qui sont le résultat du travail de l'accouchement ou de toute autre cause naturelle et spontanée. Nous n'adopterons pas avec certains auteurs, qu'il faille pour établir l'infanticide après la naissance, prouver que l'enfant est né *bien conformé*, *à terme et exempt de maladies* (Capuron); car il existe une foule de vices de conformation qui n'entraînent pas nécessairement la mort; d'une autre part, des enfans nés entre le septième et le neuvième mois de la grossesse, peuvent vivre et se développer parfaitement; il en est de même de plusieurs de ceux qui lors de la naissance sont atteints de quelque maladie : la femme qui vient d'accoucher et qui depuis long-temps a conçu le projet de détruire le nouveau-né, est aussi coupable en portant sa main homicide sur un enfant de sept à huit mois, ou sur un autre qui est à terme et mal conformé ou atteint d'une maladie qu'elle est censée ne pas connaître, que sur un fœtus de neuf mois, bien conformé et jouissant en apparence de la meilleure santé. Nous admettrons volontiers qu'une mère peut être excusée d'*avoir laissé périr* son enfant, *faute de soins*, lorsque celui-ci n'était âgé que de cinq à six mois, ou même lorsqu'étant plus près du neuvième

mois, il était excessivement difforme ou très-faible, ou atteint de quelques-uns des symptômes qui annoncent une mort prochaine.

Les observations faites sur les poumons, le cœur, le diaphragme, le thorax, etc., dans le dessein de savoir si l'enfant a respiré pendant ou après la naissance, fournissent souvent des résultats propres à induire le médecin en erreur, si elles n'ont pas été recueillies avec la plus grande attention et appréciées à leur juste valeur. Quand même il serait rigoureusement prouvé que la respiration a eu lieu, il ne faudrait conclure que l'enfant a été tué, qu'autant qu'il serait établi qu'il a été victime de quelque omission ou de quelque manœuvre criminelle. (*V*. pag. 436.)

4° On s'attache à déterminer depuis quand l'enfant est né. S'il a vécu, on examine d'abord quelle a pu être la durée de la vie extra-utérine, en ayant égard à l'état de la peau, du cordon ombilical, etc.; on cherche ensuite à reconnaître, d'après la rigidité ou la flaccidité des membres, la putréfaction plus ou moins avancée du corps, etc., depuis quand il est mort. Il est inutile de rappeler combien il importe pour juger l'époque de la mort, d'après l'état de décomposition putride, de connaître la température, et de savoir si l'enfant a été délaissé dans un coffre où l'air n'était point renouvelé, dans du sable, dans de l'eau limpide ou bourbeuse, dans du fumier ou dans une fosse d'aisance, la putréfaction ne marchant pas avec la même rapidité dans ces différens milieux et à toutes les températures. — Si l'enfant est mort-né, on parvient à déterminer à peu près l'époque de la naissance, par des moyens analo-

gues. Ces recherches sont utiles lorsqu'il s'agit de décider si le nouveau-né appartient à une femme que l'on sait être accouchée depuis peu de jours et que l'on soupçonne d'avoir commis le crime d'infanticide ; la nécessité d'explorer attentivement cette femme dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, est trop manifeste pour que nous appellions de nouveau l'attention de l'homme de l'art sur ce point. (*V*. pag. 250.)

RAPPORTS SUR L'INFANTICIDE.

Premier rapport. Nous soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, habitant la ville de Paris, sur la réquisition du procureur du roi, qui nous a été signifiée par M. X., huissier, nous sommes transporté aujourd'hui 12 avril, à midi, avec M. F., élève en médecine, à la Morgue, pour visiter le cadavre d'un enfant du sexe masculin, que l'on nous a dit avoir été retiré tout nu d'une fosse d'aisance, et pour constater la cause de sa mort.

Le cadavre était froid et sali par l'eau de la fosse dont il offrait l'odeur; il n'était plus recouvert de cet enduit sébacé que l'on remarque chez les fœtus à terme nouveau-nés ; nous l'avons lavé et nettoyé avec soin. Sa longueur était de dix-huit pouces, il pesait six livres et demie; le thorax était bombé; le cordon ombilical était flétri, desséché, et prêt à tomber; son insertion répondait à peu près à la partie moyenne du corps; les testicules étaient dans le scrotum; les membres abdominaux étaient plus courts que les thoraciques; les uns et les autres étaient flexibles; la peau de la partie interne des cuisses, des bras et des parties latérales du thorax et de

l'abdomen, offrait une teinte violacée, et l'épiderme correspondant à ces parties s'enlevait par une forte pression des pinces; partout ailleurs la peau paraissait de couleur naturelle et adhérait à l'épiderme; on ne voyait aucune trace d'ecchymose ni d'autres blessures à la surface du corps; on s'assurait en palpant les membres, que les os qui en font partie n'étaient ni luxés ni fracturés; des incisions assez profondes pour mettre ces os à nu, prouvaient qu'il n'y avait point de sang épanché dans le tissu cellulaire intermusculaire; l'extrémité postérieure et inférieure du fémur offrait un noyaux osseux.

L'ouverture du cadavre, faite suivant les règles de l'art (voyez *Ouverture des cadavres*), a démontré : 1° *pour le crâne*, qu'il n'y avait au sommet de la tête ni bourrelet ni infiltration sanguine; que les os du crâne se touchaient presque par leurs bords, excepté dans les endroits correspondans aux fontanelles; que la matière grise du cerveau était parfaitement distincte; que les vaisseaux de cet organe n'étaient point engorgés; que les ventricules ne contenaient point de sang, et que l'on n'y voyait qu'une petite quantité de sérosité jaunâtre et limpide; que le cervelet paraissait dans l'état naturel, enfin qu'il n'y avait aucune trace d'épanchement sanguin dans la cavité du crâne; 2° *pour le canal vertébral*, que la moelle épinière n'était le siége d'aucune altération sensible; 3° *pour la bouche et le col*, que les dents étaient encore contenues dans les alvéoles, et que leurs couronnes étaient ossifiées; qu'il y avait dans la bouche quelques atomes de matière excrémentielle demi-fluide; que la langue, le voile du palais, les amygdales et le pharynx semblaient plus rouges que

dans l'état naturel ; que le larynx et les vertèbres cervicales n'étaient le siége d'aucune altération, et qu'il n'y avait aucune ecchymose profonde dans ces parties; 4° *pour le thorax*, que les poumons, d'un rouge pâle, recouvraient en grande partie le péricarde, qu'ils étaient crépitans et qu'ils nageaient sur l'eau, lors même qu'ils étaient mis sur ce liquide avec le cœur; qu'ils n'offraient aucune trace de putréfaction, mais qu'ils étaient gorgés de sang verdâtre fluide, que tous leurs fragmens surnageaient encore après avoir été long-temps comprimés sous l'eau ; on pouvait en retirer par cette expression une quantité notable de sang ; ils pesaient deux onces et un grain, c'est-à-dire cinquante-deux fois moins que le corps entier environ ; qu'il y avait dans la trachée-artère et dans les bronches une petite quantité de matière semblable à celle de la fosse, et beaucoup d'écume ; que la membrane muqueuse qui tapisse ces parties était rouge par plaques ; que le ventricule droit du cœur contenait beaucoup de sang fluide d'un brun verdâtre ; qu'il y en avait à peine dans le ventricule gauche et dans les oreillettes; que le canal artériel et le canal veineux étaient vides, et leurs parois rapprochées ; que le trou de Botal était encore perméable; que le diaphragme était manifestement refoulé vers l'abdomen ; 5° *pour le bas ventre*, qu'il y avait dans l'estomac un peu de matière demi-fluide, d'une odeur fétide, qui paraissait être la même que celle de l'eau de fosse ; que les intestins et la vessie étaient vides; qu'il n'y avait aucune trace de phlogose dans le canal digestif; que les autres viscères abdominaux paraissaient dans l'état naturel, excepté qu'ils présentaient çà et là une couleur

verdâtre ; 6° *pour les organes génitaux* ; que tout l'appareil générateur était sain.

L'examen le plus scrupuleux des viscères contenus dans les diverses cavités n'a point permis de découvrir le moindre signe de blessure, faite avec un instrument piquant, tranchant ou contondant, ni avec un arme à feu.

Nous pouvons conclure de ce qui précède : 1° que l'enfant dont nous avons examiné le corps, est né à terme et vivant ; 2° que sa naissance date d'environ sept à huit jours, du moins l'état du cordon ombilical semble faire croire qu'il a vécu trois ou quatre jours, et l'on peut juger par les changemens survenus à la peau qu'il est mort depuis trois ou quatre jours environ. (Voyez *Putréfaction dans la fosse d'aisance*, article Mort) ; 3° qu'il était parfaitement constitué, et par conséquent viable ; 4° que tout annonce qu'il a été plongé dans l'eau de la fosse, lorsqu'il était encore vivant (voyez *Asphyxie*) ; 5° que la mort paraît devoir être attribuée au défaut de respiration et à l'action délétère de l'hydrosulfate d'ammoniaque contenu dans l'eau ; 6° que tout porte à croire que l'accouchement de la mère a été facile. En foi de quoi, etc.

Deuxième rapport. Nous soussigné, etc., requis par, etc., pour constater la cause de la mort d'un enfant du sexe féminin, nous sommes transporté dans la chambre occupée par mademoiselle N., dans la rue...., maison n° ...., où nous avons trouvé ladite demoiselle alitée ; elle nous a dit être âgée de vingt ans et avoir été surprise par les douleurs de l'enfantement la veille à six heures du soir ; qu'après avoir souffert pendant

deux heures, elle était accouchée ; qu'elle s'était efforcée en vain d'appeler à son secours ; qu'elle était déjà mère d'un autre enfant et qu'elle n'ignorait pas qu'il fallait couper et lier le cordon ombilical, qu'elle avait pratiqué la première de ces opérations avec des ciseaux, mais que, n'ayant point de lien à sa disposition, elle n'avait pu faire la ligature ; que d'ailleurs il lui aurait été impossible de s'occuper de son enfant, parce qu'elle s'était délivrée elle-même peu de minutes après l'accouchement, et qu'un instant après elle avait perdu connaissance ; enfin qu'elle n'avait recouvré ses sens qu'au bout de deux heures, lorsque l'enfant était déjà mort. Les draps du lit étaient ensanglantés.

Le cadavre de l'enfant était froid et enveloppé dans un linge ; on voyait sur l'abdomen et sur les fesses plusieurs plaques de sang desséché, d'un brun noirâtre ; il était recouvert d'un enduit sébacé fort épais, et n'exhalait aucune odeur putride. Après l'avoir bien nettoyé avec de l'eau, nous nous sommes assuré qu'il était long de 15 pouces 6 lignes, et qu'il pesait 5 livres 12 onces 3 gros ; la tête était garnie de cheveux noirs, longs d'environ un pouce ; on voyait à son sommet une petite tumeur comme œdémateuse ; le thorax était bombé ; le cordon ombilical de grosseur ordinaire, nullement flétri ni affaissé, avait été coupé à un pouce environ de l'abdomen, avec un instrument tranchant ; en effet, la section était lisse et unie ; il n'offrait aucune trace de sang liquide ni coagulé ; on voyait qu'il n'avait pas été lié ; son insertion répondait à une ligne au-dessus de la moitié du corps. Les membres abdominaux étaient raides et sensiblement plus courts que les thoraciques

qui étaient flexibles; ils n'étaient ni luxés ni fracturés, comme on s'en est assuré en pratiquant des incisions profondes; l'extrémité inférieure du fémur offrait un noyau osseux à sa partie postérieure; les ongles parfaitement formés, recouvraient l'extrémité des doigts. La surface du corps était remarquable par sa pâleur semblable à celle de la cire; il en était de même des lèvres; l'épiderme ne se détachait point; il n'y avait aucune trace d'ecchymose ni d'autre blessure.

L'ouverture du cadavre, faite suivant les règles de l'art, a prouvé que la plupart des viscères étaient décolorés, que les ventricules et les oreillettes du cœur, les vaisseaux artériels et veineux contenaient fort peu de sang, et qu'en général tout le système sanguin était affaissé; on ne découvrait aucune indice de blessure ni de congestion dans le cerveau, dans le cervelet, dans la moelle épinière, ni dans aucun des organes thoraciques et abdominaux, qui du reste étaient parfaitement conformés; on apercevait déjà la matière grise du cerveau; les os du crâne se touchaient par leurs bords, excepté dans leur portion correspondante aux fontanelles; les poumons, d'une couleur pâle, recouvraient en partie le péricarde; ils étaient crépitans et nageaient sur l'eau lorsqu'on les avait séparés du cœur, même après avoir été comprimés sous ce liquide; ils pesaient 1 once 3 gros, c'est-à-dire 70 fois moins que le corps environ; le canal artériel, le canal veineux et le trou de Botal étaient perméables; le diaphragme était légèrement refoulé vers l'abdomen; l'estomac était vide; le gros intestin contenait beaucoup de méconium d'un brun verdâtre;

la vessie était vide ; l'arrière-faix semblait être dans l'état naturel.

Nous croyons devoir conclure de ce qui précède : 1° que l'enfant qui fait le sujet de ce rapport est né à terme ; 2° qu'il était viable ; 3° qu'il a vécu pendant un certain temps ; 4° qu'il a succombé à une hémorrhagie ombilicale, résultat de l'omission de la ligature du cordon ombilical ; 5° que la demoiselle N, qui avoue ne pas être primipare, ne doit être excusée d'avoir omis de pratiquer cette opération, qu'autant qu'il sera prouvé qu'elle a perdu connaissance peu de temps après l'accouchement, ou qu'elle a été dans l'impossibilité de se procurer les liens nécessaires. En foi de quoi, etc.

Troisième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé la demoiselle X, âgée de 17 ans, alitée, qui nous a dit être accouchée deux jours auparavant d'un enfant à terme, mort ; que les douleurs de l'enfantement avaient été vives et avaient duré pendant cinq heures ; qu'elle accouchait pour la première fois et qu'elle n'avait été secourue que par sa femme de chambre, qui attestait également que l'enfant n'avait donné aucun signe de vie, malgré tout ce qu'elle avait pu faire pour le ranimer. Interrogée sur les moyens qu'elle avait mis en usage pour exciter la respiration chez le nouveau-né, elle nous a répondu avoir fait des frictions sur la partie antérieure du thorax, sur l'épine du dos, sur la paume des mains et sur la plante des pieds, avoir parcouru l'intérieur de la bouche avec ses doigts pour enlever les mucosités, et avoir *insufflé de l'air* de bouche à bouche.

Nous avons d'abord procédé à l'examen de la femme et nous avons reconnu...... (On parle ici de l'état des mamelles, de la peau et des muscles de l'abdomen, de l'utérus, de son col, des parties génitales, des tranchées utérines, de la bonne ou de la mauvaise conformation du bassin, de l'écoulement qui se fait par la vulve, etc.; nous nous bornerons à ce simple énoncé, parce que déjà nous avons donné à la page 270 quelques modèles de rapport sur l'accouchement.)

D'où il résulte que la demoiselle X est accouchée depuis deux ou trois jours environ.

On nous a présenté le cadavre d'un enfant du sexe masculin, enveloppé de linges propres, nullement ensanglantés, et prêt à être inhumé; après l'avoir retiré de cette enveloppe nous avons reconnu qu'il était froid, et long de 16 pouces 10 lignes, qu'il pesait 6 livres 1 gros, que la tête était garnie de cheveux assez longs et ne présentait aucune trace de tumeur à son sommet; que le thorax était aplati; le cordon ombilical frais, sans la moindre apparence de sang liquide ni coagulé, était de grosseur ordinaire; il avait été coupé avec un instrument tranchant à trois pouces environ de l'abdomen; en effet, la section était lisse et unie, et son insertion répondait à peu près à la moitié du corps; près de son extrémité libre, on voyait un fil double disposé en forme de lien; les membres étaient flexibles, et les ongles parfaitement formés; la surface du corps, recouverte d'un enduit sébacé fort épais, était pâle, excepté dans la région abdominale qui offrait une couleur verte; le cadavre n'exhalait une odeur légèrement fétide que dans cette région; (la température de l'atmosphère était de-

puis trois jours à environ 8° therm. centig.); l'épiderme ne se détachait point; il n'y avait aucune trace d'ecchymose ni d'autre blessure, comme on s'en est assuré en examinant attentivement l'extérieur du corps et en pratiquant des incisions profondes; l'extrémité inférieure du fémur offrait un noyau osseux à sa partie postérieure.

L'ouverture du cadavre, faite suivant les règles de l'art, a prouvé que les os du crâne se touchaient par leurs bords, excepté dans les fontanelles; que la matière grise du cerveau et du cervelet était formée; que l'estomac et les intestins grêles étaient vides; que le gros intestin contenait beaucoup de méconium verdâtre; que la vessie renfermait une quantité notable d'urine; que le diaphragme était refoulé vers la poitrine; que les poumons, d'un rouge-brun, quoique bien conformés, étaient assez peu développés pour ne recouvrir le péricarde qu'en partie, qu'ils contenaient fort peu de sang, et ne pesaient qu'une once 15 grains, qu'ils étaient crépitans dans quelques-unes de leurs parties seulement et qu'ils se précipitaient au fond de l'eau, lorsqu'on les plaçait entiers sur ce liquide; toutefois en les coupant en plusieurs tranches, on voyait quelques petits fragmens du poumon droit, dont la teinte était moins foncée, nager sur l'eau, même après avoir été comprimés sous ce liquide; le canal artériel, le canal veineux et le trou de Botal étaient perméables; le cœur contenait fort peu de sang; *il était impossible de découvrir sur aucun point la moindre trace de blessure ni de congestion;* l'arrière-faix était dans l'état naturel.

Il résulte de ce qui précède: 1° que l'enfant qui fait

le sujet de ce rapport est né à terme; 2° qu'il était viable; 3° que tout porte à croire qu'il n'a point respiré : en effet, la surnatation de quelques petits fragmens du poumon droit, qui ne contiennent qu'une petite quantité de sang, coïncidant avec l'aplatissement du thorax et le refoulement du diaphragme en haut, paraît dépendre plutôt de l'insufflation artificielle que de la respiration; d'autant mieux que le poids des poumons et le rapport entre le poids du corps et celui des poumons sont à peu près tels qu'on les trouve souvent chez les enfans qui n'ont point respiré; 4° que rien n'annonce qu'il soit mort pendant l'accouchement, ni qu'il ait été tué après la naissance; 5° qu'il est probablement mort dans l'utérus peu de temps avant l'accouchement. En foi de quoi, etc.

Quatrième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre, on nous a représenté le cadavre d'un enfant du sexe masculin, que l'on avait trouvé mort sur la voie publique; il était renfermé dans un espèce de sac en toile grise, nullement taché; la tête était enveloppée d'un béguin de toile commune, à l'extérieur duquel on voyait quelques traces de sang; la surface du corps était recouverte d'une chemise de percalle ensanglantée sur plusieurs points, et notamment dans la partie correspondante à l'ombilic : aucun de ces objets ne portait ni chiffre ni lettre.

Nous avons procédé à la visite, et nous avons reconnu que l'enfant était encore chaud, fort bien conformé, long de 17 pouces 2 lignes, et du poids de 7 livres 1 once 2 gros; la peau, d'un blanc légèrement jaunâtre, n'exhale aucune odeur fétide; elle est enduite de la matière sébacée que l'on remarque chez les

fœtus âgés de plus de sept mois; elle offre çà et là quelques stries de sang; le thorax est bombé; le cordon ombilical, inséré à la partie moyenne du corps, est long d'environ 2 pouces, il n'est point flétri et ne présente aucune trace de ligature; on voit qu'il a été coupé d'une manière nette par un instrument tranchant; le scrotum renferme deux testicules; les membres sont flexibles, les inférieurs sont plus courts que les supérieurs; ils ne sont le siége d'aucune lésion, comme on s'en assure en pratiquant des incisions profondes: l'extrémité inférieure et postérieure du fémur offre un noyau osseux; les ongles sont bien formés et recouvrent l'extrémité des doigts; la tête garnie de cheveux noirs, longs d'un pouce environ, est plus colorée que les autres parties du corps: on voit sur le front, sur le côté gauche du sourcil, de la paupière supérieure et de la pommette gauche, des contusions et des ecchymoses d'un rouge-brun, de forme irrégulière, longues de deux lignes sur une ligne et demie de large; l'oreille gauche est rouge, contuse et ensanglantée; les yeux sont dans l'état naturel, excepté que la conjonctive gauche est rouge; la lèvre supérieure est recouverte d'une matière sanguinolente qui coule par les narines; la cavité buccale ne contient qu'une quantité notable de sang; le crâne est mou, allongé d'avant en arrière, et fortement déprimé dans les régions temporales, dont les pièces osseuses sont très-mobiles: on ne découvre aucune trace de blessure sur les autres parties du corps.

L'ouverture du cadavre, faite suivant les règles de l'art, démontre que les vertèbres, les ligamens qui les

unissent et les muscles qui les recouvrent sont dans l'état naturel; qu'il y a du sang épanché entre le canal vertébral et la dure-mère, dans toute l'étendue du rachis; que la moelle épinière n'est le siége d'aucune altération; qu'il y a un épanchement considérable de sang liquide et coagulé entre la peau et le péricrâne, surtout vers les pariétaux, qui sont fracturés en plusieurs endroits; on remarque surtout deux fractures anguleuses sur chaque pariétal qui s'étendent l'une de la bosse pariétale jusqu'à l'os frontal, et l'autre du même point à la suture sagitale; il y a en outre, à l'extrémité d'une des fractures du pariétal gauche, une esquille d'environ un tiers de ligne : le périoste est déchiré et décollé dans toutes les parties fracturées; la partie antérieure gauche du coronal est également le siége d'une fracture anguleuse avec esquille et décollement du périoste; la dure-mère est ecchymosée dans toute son étendue, et notamment aux parties correspondantes aux fractures; une quantité considérable de sang, en grande partie coagulé, est épanchée entre l'arachnoïde et la dure-mère, entre cette même membrane et la pie-mère, dans les anfractuosités de la face supérieure et postérieure des hémisphères cérébraux, dans les ventricules latéraux, à la base du crâne, et surtout dans les cavités moyennes et postérieures; la consistance du cerveau, dont la matière grise est parfaitement formée, paraît naturelle; les viscères abdominaux ne sont le siége d'aucune altération; l'estomac et les intestins grêles ne contiennent que des mucosités, le gros intestin renferme beaucoup de méconium d'un brun verdâtre; la vessie est remplie

d'urine; les poumons recouvrent en grande partie le péricarde; ils sont roses et crépitans; ils nagent sur l'eau, lors même qu'ils sont mis sur ce liquide avec le cœur; ils n'offrent aucune trace de putréfaction, et leurs fragmens surnagent encore après avoir été long-temps comprimés sous l'eau; on en retire par cette expression une quantité notable de sang rouge et de mucosités écumeuses; ils pèsent 3 onces 1 gros 3 grains; c'est-à-dire trente-six fois moins que le corps entier; le cœur est dans l'état naturel; le canal artériel, le canal veineux et le trou interoriculaire (de Botal) sont encore perméables; le diaphragme est refoulé vers l'abdomen.

Ces faits nous permettent de conclure, 1° que l'enfant dont il s'agit est né à terme; 2° qu'il était viable; 3° qu'il a vécu, et que probablement il est venu au monde en présentant la tête, les membres et le siége n'offrant aucune trace d'infiltration ni de congestion; 4° qu'il est mort peu de temps après la naissance; 5° que la mort n'a eu lieu que depuis quelques heures; 6° que les ecchymoses, les fractures et les épanchemens sanguins ont été faits du vivant de l'individu; 7° que la mort est le résultat de ces lésions, qui ne paraissent pas devoir être attribuées à une chute de l'enfant au moment de la naissance, mais qui tiennent plutôt à des violences exercées latéralement sur des points de la tête diamétralement opposés: du moins c'est ce qui semble résulter de la situation, de la forme, de la direction et du rapport des fractures observées au crâne. En foi de quoi, etc.

DIX-NEUVIÈME LEÇON.

De l'Avortement.

En médecine légale, on entend par *avortement* l'accouchement avant terme malicieusement provoqué par des alimens, des breuvages, des médicamens, des violences ou par tout autre moyen. Voici comment s'explique le Code pénal.

« Quiconque, par alimens, breuvages, médicamens, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni de la réclusion. »

« La même peine sera prononcée contre la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même, ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi. »

« Les médecins, chirurgiens, et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens, seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps, dans le cas où l'avortement aurait eu lieu. » (Code pénal, liv. III, art. 317.)

Il résulte des dispositions de cet article, 1° que les auteurs de l'attentat dont il s'agit ne peuvent être poursuivis qu'autant que l'avortement a eu lieu et qu'il a été *produit à dessein ;* quelque coupable que soit l'intention de la personne qui a proposé l'emploi des moyens *dits abortifs*, si le crime n'a pas été consommé, la loi n'autorise point les poursuites ; 2° qu'il n'est pas nécessaire que le produit de la conception soit au moins âgé de vingt semaines, comme l'indique le code de Charles-

Quint, pour que le crime puisse être établi : en effet, la législation actuelle ne fixe aucune époque ; il suffit que l'on ait pu constater l'avortement ; 3° que la culpabilité est plus grande, si des gens de l'art indiquent ou administrent des moyens capables de produire l'avortement, que lorsque la femme se fait avorter elle-même : les motifs de cette sévérité ont été exposés par l'orateur du gouvernement, qui dit : « Si la femme ne trouvait pas tant de facilité à se procurer les moyens d'avortement, la crainte d'exposer sa propre vie, en faisant usage de médicamens qu'elle ne connaîtrait pas, l'obligerait souvent de différer son crime, et elle pourrait ensuite être arrêtée par ses remords. » (Motifs du Code pénal, liv. III, tit. 3, chap. 1er.)

Le premier et le second paragraphe de l'article 317 du Code pénal sont rédigés de manière à pouvoir être fort injustement interprétés, et il importe d'établir que tel n'a pas été le but du législateur ; en effet, il est absurde d'appliquer la peine de la réclusion à l'homme de l'art qui, pour combattre une maladie aiguë chez une femme enceinte, administre des médicamens plus ou moins actifs qui déterminent l'avortement, ou bien qui, voulant empêcher la femme d'avorter, conseille des moyens qu'il croyait propres à prévenir l'avortement, et qui, contre son attente, produisent un effet contraire ; il en est de même du cas où une femme se procure l'avortement sans intention de le faire, en s'exposant à une foule de causes que l'on a appelées *spontanées*, et parmi lesquelles on peut ranger les odeurs fortes, les vêtemens trop serrés, l'abus des alimens irritans et des liqueurs spiritueuses, des mouvemens

brusques, et un exercice violent, comme la danse, le saut, les courses à pied, à cheval, en voiture, les chutes, etc.; il serait encore impossible de soupçonner la femme qui prouverait avoir ignoré sa grossesse; nous en dirons autant des cas où l'avortement aurait été la suite d'une risque, de coups ou d'autres violences, si l'agresseur ignorait que la femme fût enceinte, ou si, le sachant, il n'avait pas eu l'intention de commettre un pareil attentat, ou la faculté de comprimer un premier mouvement irréfléchi. (*Voyez* Blessures.) Ne serait-il pas révoltant de condamner à la peine de la réclusion un accoucheur qui, pour sauver la mère, dans un cas de convulsions ou d'hémorrhagie utérine, procurerait l'avortement en terminant l'accouchement à une époque ou il serait difficile de supposer que le fœtus pût vivre après la naissance?

Mais en est-il de même, lorsqu'un homme de l'art provoque l'avortement d'une femme enceinte *qui n'est pas actuellement en danger*; seulement parce qu'il juge le bassin assez difforme pour que la mort de la mère et de l'enfant arrivent nécessairement si l'on attend le terme de l'accouchement naturel? Ici les opinions sont partagées : les uns regardent comme indispensable de recourir à ce moyen; d'autres le qualifient d'illicite et criminel; il en est enfin qui lui préfèrent l'opération césarienne et la symphyséotomie. M. Fodéré dit que l'avortement *serait permis* dans cette circonstance : voici sur quels motifs il établit son opinion. » 1° On peut *aisément* déterminer l'époque de la grossesse où l'accroissement du fœtus est assez marqué pour continuer de vivre sans qu'il le soit assez pour faire périr inévi-

tablement la mère, en traversant le bassin. 2° Des femmes sont heureusement accouchées au septième ou au huitième mois de la grossesse, d'enfans vivans, *sans secours extraordinaires*, tandis qu'elles n'avaient pu être délivrées d'*un enfant à terme* que par l'opération césarienne ou par la symphyséotomie. 3° Si l'avortement est un *crime* à une époque où le fœtus peut encore franchir les détroits, et où il est censé pouvoir vivre sans occasioner la mort de la mère, il faut appeler aussi de ce nom l'*accouchement* avant terme qu'on provoque chez une femme attaquée de pertes utérines ou de convulsions, et que les défenseurs de l'opération césarienne, d'accord avec l'expérience, regardent comme l'unique moyen de sauver la mère et l'enfant, ou du moins la mère. » Ces motifs, en apparence plausibles, nous semblent avoir été victorieusement réfutés par M. Capuron, dont nous allons reproduire les principaux argumens. *a* Il est impossible qu'un accoucheur puisse indiquer, *même d'une manière approximative*, en ayant égard à la suppression des menstrues, aux mouvemens du fœtus, au toucher, etc., que les dimensions du fœtus par rapport à celles des détroits du bassin, sont telles qu'il pourra naître vivant et continuer à vivre après la naissance, tandis qu'il périrait plus tard si l'on ne déterminait pas l'avortement. *b* Il n'y a point de parité à établir entre l'accouchement naturel, qui a lieu à sept ou huit mois de grossesse, et l'avortement *provoqué* à la même époque : comment concevoir que l'on puisse déterminer en un ou deux jours, sans danger pour la mère et pour l'enfant, l'assouplissement du col, la dilatation de l'orifice de l'utérus, la rupture de la

poche des eaux, les douleurs de l'enfantement, etc.? ne sait-on pas d'ailleurs que la plupart des femmes qui avortent à sept ou huit mois, par l'effet *d'une violence quelconque*, mettent au monde des fœtus morts, et qu'elles périssent au bout d'un certain temps, à la suite d'une hémorrhagie, de convulsions ou d'inflammation de la matrice ou du péritoine? *c* Est-il permis de comparer l'avortement provoqué pour arrêter des convulsions, une perte utérine, résultat du décollement du placenta, à l'avortement tenté pour remédier à une difformité du bassin? Dans le premier cas, s'il y a perte, le produit de la conception doit être regardé comme un corps étranger qui sollicite les contractions de la matrice, et par conséquent une sorte de travail naturel, dont l'effet est la dilatation de l'orifice de l'utérus; d'ailleurs le sang qui coule assouplit les organes de la génération et les dispose à s'élargir; dans l'autre cas, il n'existe aucun de ces avantages, tous les moyens que l'on emploie sont brusques, violens et intempestifs; l'observation démontre en outre qu'en terminant l'accouchement lorsqu'il y a hémorrhagie ou convulsions on sauve la mère et quelquefois l'enfant, tandis qu'il serait peut-être impossible de citer un seul fait authentique où l'avortement aurait été provoqué avec succès dans le cas de difformité du bassin. Ces diverses considérations ont porté M. Capuron à admettre que l'opération césarienne qui a sauvé jusqu'à ce jour à peu près une femme sur trois, et même la symphyséotomie, doivent être préférées à l'accouchement prématuré.

Il est évident, d'après ce qui précède, que la médecine légale doit présenter peu de questions dont la so-

lution soit aussi difficile que celle de l'avortement ; en effet, lors même que le corps du délit n'a pas été soustrait, que l'on a pu constater l'existence d'un avorton, et que tout porte à croire que celui-ci appartient réellement à la femme que l'on soupçonne, comment reconnaître si l'avortement a été naturel ou provoqué? Combien la difficulté ne sera-t-elle pas augmentée, s'il n'est plus permis d'établir que l'avortement a eu lieu, soit parce qu'il ne reste plus de traces du produit de la conception, soit parce que la femme ne présente plus l'ensemble des signes qui le caractérisent! Il faut l'avouer, presque toujours la *préméditation* de l'avortement s'établit plutôt d'après les preuves testimoniales que d'après les connaissances médicales ; il ne faut guère excepter, comme l'a dit le docteur Marc, que le cas où la mort de la femme permettrait de prouver par l'altération de quelques-uns des organes génitaux, qu'un moyen mécanique de faire avorter aurait été employé.

Les questions médico-légales relatives au sujet qui nous occupe, peuvent être réduites aux suivantes : 1° *y a-t-il eu avortement?* 2° *l'avortement a-t-il été naturel ou provoqué?* 3° *l'avortement peut-il être simulé ou prétexté de la part de la femme, dans l'intention de nuire à autrui et surtout d'obtenir des dommages et intérêts?*

PREMIÈRE QUESTION.— *Y a-t-il eu avortement?*

La solution de cette question repose sur l'examen de la femme et du produit expulsé.

Examen de la femme. S'il est fort difficile de con-

stater les signes d'un accouchement à terme huit ou dix jours après qu'il a eu lieu (*voyez* pag. 251), il l'est encore davantage de reconnaître l'avortement, surtout lorsque l'avorton est expulsé dans les premiers jours ou dans les premières semaines de la conception : les changemens occasionés dans les organes de la génération par la sortie d'un corps aussi peu volumineux sont inappréciables ; aussi s'accorde-t-on à admettre que l'examen de la femme, notamment quand elle n'est pas primipare, ne présente aucun moyen concluant de déterminer avant les deux premiers mois révolus de la grossesse, si l'avortement a eu lieu. Dans les deux premiers mois de la grossesse, dit M. Désormeaux, à qui nous devons une excellente dissertation sur l'avortement, il arrive quelquefois que l'œuf est expulsé en entier sans douleur et sans hémorrhagie remarquables, quoique dans la plupart des cas, la femme éprouve des douleurs et une hémorrhagie accompagnée de caillots, surtout quand après la rupture des membranes, l'embryon sort isolé du placenta ; aussi les femmes croient assez fréquemment n'avoir eu qu'un retard, suivi d'un retour douloureux et abondant des menstrues, tandis qu'elles ont fait un avortement. Heureusement, il est excessivement rare que le médecin soit appelé par les tribunaux pour décider si l'avortement a eu lieu avant le troisième mois, les femmes qui ont le dessein de se faire avorter n'ayant pas encore acquis la certitude qu'elles soient enceintes.

Les signes précurseurs, concomitans et consécutifs de l'avortement qui a lieu depuis le troisième jusqu'au huitième mois de la gestation, sont en général les

mêmes que ceux de l'accouchement; ils sont d'autant plus marqués que le terme de la grossesse est plus avancé : ainsi, pour ce qui concerne les signes *concomitans*, on remarque des douleurs qui se succèdent régulièrement, en se rapprochant de plus en plus les unes des autres, et se dirigent de l'ombilic vers l'anus; l'orifice de l'utérus se ramollit et se dilate graduellement; les membranes proéminent pendant la douleur; la poche des eaux se forme, mais elle ne se rompt que dans les cas où le produit de la conception n'est pas expulsé en entier, ce qui arrive principalement lorsque l'avortement a lieu à une époque déjà avancée de la grossesse. Si cette poche s'est rompue, l'eau de l'amnios sort d'abord, puis le fœtus, le délivre et des caillots plus ou moins volumineux. En général les douleurs et l'hémorrhagie qui accompagnent l'avortement sont d'autant plus marquées que le fœtus est plus âgé, et presque toujours l'hémorrhagie est plus forte que celle qui a lieu dans l'accouchement à terme. Si l'avortement est l'effet de quelque manœuvre violente qui perce les membranes, quelle que soit l'époque de la grossesse, l'eau de l'amnios s'écoule prématurément, le fœtus est quelquefois expulsé avec facilité, mais la sortie de l'arrière-faix peut occasioner les douleurs les plus atroces.

La plupart des signes *consécutifs* dont les auteurs ont fait mention sont peu propres à faire reconnaître si l'avortement a eu lieu : les femmes, ont-ils dit, éprouvent des frissons, des tremblemens aux extrémités : quelquefois les membres abdominaux sont enflés; la saillie des veines souscutanées disparaît; la peau se décolore; la marche est vacillante; il y a des lassitudes

spontanées, affaissement et diminution presque subite des mamelles, etc. : ces caractères peuvent manquer, et lorsqu'ils existent, ils dépendent souvent d'une autre cause que de l'avortement.

Les signes consécutifs les plus importans sont ceux qui se tirent, comme dans l'accouchement, de l'état des parties externes et internes de la génération, de l'écoulement qui se fait par la vulve, de la peau du ventre et de l'excrétion laiteuse; ainsi le gonflement, la rougeur de la vulve, la dilatation du vagin, les tranchées utérines et les douleurs vagues qui vont se terminer vers l'utérus, dont l'orifice est plus ou moins béant, la flaccidité et les rides de la peau de l'abdomen, l'excrétion d'un lait plus ou moins aqueux, la fièvre de lait, si le fœtus était déjà avancé, et l'écoulement des lochies; tels sont les objets auxquels il faut avoir égard, lorsqu'on veut faire servir l'examen de la femme à la solution du problème qui nous occupe. Nous ne rappellerons pas ce qui a été dit à l'article accouchement, relativement à chacun de ces caractères, à la valeur qu'ils peuvent offrir, etc. (*voyez* pag. 243); nous remarquerons seulement, pour ce qui concerne l'hémorrhagie utérine, qu'elle cesse ordinairement quelques jours après l'avortement, à moins qu'il n'y ait eu des accidens particuliers; qu'elle peut ne pas avoir lieu lorsque les membranes, ayant été percées sans décoller le placenta, le fœtus et ses enveloppes déjà flétris, viennent à se détacher insensiblement de la face interne de l'utérus, et qu'il n'est guère possible de la confondre avec le flux menstruel, chez une femme saine, parce qu'elle est en général plus abondante et d'une plus longue durée

que loin de ranimer les fonctions, elle abat les forces, et qu'assez ordinairement le sang est sous forme de caillots plus ou moins volumineux.

On ne saurait trop recommander d'avoir recours à l'*ensemble* des signes dont nous venons de parler dans le paragraphe précédent, lorsqu'on cherche à décider si une femme est avortée ; aucun d'eux, pris séparément, ne pourrait suffire ; il faut aussi que l'examen de la personne soupçonnée ait lieu peu de jours après l'avortement ; car s'il est indispensable d'agir ainsi quand on veut constater l'accouchement à terme, à plus forte raison devra-t-on le faire dans les cas d'avortement, où les traces du passage du produit de la conception sont en général beaucoup moins marquées. Lors même que les perquisitions ont lieu à une époque favorable, il faut user de la plus grande circonspection, pour ne pas rapporter à un avortement récent les altérations souvent *peu sensibles* des parties génitales, de la peau du ventre, etc., qui dépendent d'une hydropisie, de la suppression des règles, des hydatides, d'un accouchement antérieur, etc. (*Voyez* Accouchement, pag. 243.) M. Fodéré observe avec raison, que la peau de l'abdomen sera ridée et plissée chez une femme qui aura déjà été mère, et qui n'aura qu'une simple perte sans avortement, tandis qu'elle sera lisse chez une autre qui sera enceinte pour la première fois, et dont l'avortement aura été précoce.

Examen du produit expulsé. On doit surtout s'attacher dans une question d'avortement, à démontrer la présence de l'avorton, car alors il ne reste plus de doute. L'examen dont il s'agit ne présente aucune dif-

ficulté quand le fœtus, bien développé, conserve ses formes; mais si le produit expulsé est un embryon encore fort jeune, il est facile de se méprendre si l'on n'apporte pas la plus grande attention, et de le confondre avec un caillot de sang ou avec une production pathologique développée dans l'utérus. Il faut alors placer la masse expulsée dans un vase rempli d'eau, et y projeter à plusieurs reprises de l'eau, à l'aide d'une petite seringue, afin de détacher et de dissoudre les caillots de sang; on doit surtout se garder de comprimer cette masse avec les doigts, de la remuer avec un morceau de bois, ou la pointe d'un couteau, comme on ne le pratique que trop souvent, ces manœuvres exposant à déchirer les objets et à perdre le fruit de toutes les recherches. Voyons maintenant quels sont les divers états sous lesquels se présente le produit de la conception.

Pendant les quatre premiers mois de la grossesse, il arrive quelquefois que le fœtus sort enveloppé de ses membranes entières; il ne s'agit alors que d'examiner celles-ci, de les inciser et de constater l'âge au moyen des caractères indiqués à la page 44. *Voy.* aussi *Débris du produit de la conception* page 214.) Dans certaines circonstances les membranes se rompent dans les premiers mois, le fœtus et le placenta se décomposent, et sortent sous forme d'une sanie brunâtre et fétide.

Il est des cas où après la mort de l'embryon ou du fœtus rien n'est expulsé; le placenta continue de s'accroître, et il en résulte ce que l'on a appelé improprement *mole de génération.* (Voyez *Débris du produit de la conception*, page 214.) Souvent le fœtus naît vivant

et périt peu de temps après ; il n'est pas rare de le voir sortir de l'utérus, quelques jours après qu'il a cessé d'exister : dans ces deux cas il est aisé de le reconnaître.

Il arrive aussi fréquemment qu'ayant péri à une époque assez avancée de la grossesse, il se conserve dans l'utérus jusqu'à la fin du neuvième mois : alors il offre des traces d'une décomposition particulière que nous avons décrite à la page 333.

Dirons-nous avec plusieurs auteurs qu'il faut, dans certaines circonstances, avoir égard à l'âge de la femme, pour décider si le produit expulsé par la vulve est un embryon, un débris du produit de la conception, une concrétion sanguine, etc., ou, ce qui revient au même, admettrons-nous que, parce que la femme ne jouit ordinairement plus de la faculté d'être fécondée lors qu'elle a cessé d'être réglée, on doive éloigner toute idée d'avortement, par cela seul qu'elle se trouve dans l'âge de retour? Ce serait consacrer un principe erroné, puisqu'on a vu des femmes plus que sexagénaires concevoir et accoucher après l'époque critique : la décision apportée par Belloc sur une femme d'un certain âge que l'on croyait être avortée, prouve tout au plus que cet auteur eut tort s'il attacha une plus grande importance à l'*âge* qu'à la nature du produit expulsé, pour établir que l'avortement n'avait pas eu lieu.

VINGTIÈME LEÇON.

SECONDE QUESTION. — *L'avortement a-t-il éte naturel ou provoqué ?*

L'homme de l'art ne parvient à fournir au magistrat quelques données satisfaisantes pour résoudre ce problème, qu'en examinant attentivement l'époque à laquelle l'avortement a eu lieu, les causes à l'influence desquelles la femme a été soumise, et les marques de sévice qui peuvent se trouver sur le corps du fœtus et de la mère.

Époque à laquelle l'avortement a lieu. Les femmes peuvent avorter naturellement à toutes les époques de la grossesse; cependant l'avortement naturel est beaucoup plus fréquent pendant les deux premiers mois; tandis que celui qui est provoqué ne s'observe guère que plus tard, comme nous l'avons déjà dit.

Causes déterminantes de l'avortement. On doit les distinguer en *prédisposantes* et *occasionelles*. Les unes et les autres, prises séparément, peuvent produire l'avortement, quoique souvent celui-ci soit l'effet de leur action simultanée. Les causes *prédisposantes* les plus remarquables sont : la trop grande rigidité des fibres du corps de l'utérus, l'excessive sensibilité et la trop grande contractilité de cet organe, le relâchement du col utérin, la métrite chronique, le squirre, le carcinome, les corps fibreux, les polypes et l'hydropisie de cet organe, la présence de plusieurs fœtus, un état particulier de l'atmosphère pendant lequel les avortemens

sont épidémiques, la pléthore, le tempérament sanguin de la femme, une menstruation abondante irrégulière, une faiblesse générale produite par le défaut de nourriture ou par toute autre cause, un état cachectique, plusieurs maladies, comme le scorbut, la syphilis, l'hystérie, les douleurs néphrétiques, etc., des vices de conformation du rachis et du bassin, une disposition héréditaire, l'habitude d'avorter, les veilles, la compression de l'abdomen par des vêtemens étroits. A ces causes il faut joindre celles qui se rapportent au produit de la conception ; ainsi la faiblesse du fœtus, ses maladies, les monstruosités, l'implantation du placenta sur le col de l'utérus, son peu d'adhérence à la surface de cet organe, son état squirreux, hydatique, anévrismatique, variqueux, sa petitesse par rapport au fœtus, son atrophie, la brièveté ou la trop grande longueur du cordon ombilical, son entortillement autour du cou ou d'un membre, ses adhérences; les tumeurs hydatiques et autres dont il peut être le siége; la ténuité de l'amnios et du chorion, l'accumulation d'un fluide séreux entre ces deux membranes; la trop petite ou la trop grande quantité d'eau de l'amnios.

Les causes *occasionelles* sont : plusieurs maladies aiguës, et surtout l'inflammation de l'utérus et des intestins, la strangurie et les convulsions; les passions vives, l'impression des odeurs, l'asphyxie, le coït immodéré, les efforts, les secousses et les mouvemens violens : ainsi la danse, l'exercice à cheval ou en voiture, les ris, les cris, la toux, le vomissement, etc.; les chutes, les coups sur les lombes ou sur l'abdomen, les mouvemens convulsifs du fœtus, la rupture du cordon om-

bilical ou des membranes de l'œuf; enfin les moyens dits *abortifs,* que l'on peut réduire aux suivans : la saignée, surtout celle du pied, les pédiluves, les vomitifs, les purgatifs drastiques, les emménagogues actifs, et certaines manœuvres ayant pour objet de rompre les membranes qui enveloppent le fœtus. Ces moyens, qu'il serait inutile et dangereux d'exposer en détail, parce qu'il n'est aucun médecin qui ne les connaisse, et que la malveillance pourrait s'en emparer pour commettre de nouveaux crimes, sont loin de produire constamment l'effet qu'on en attend; ainsi, pour ce qui concerne la *saignée,* on sait que des femmes sont accouchées à terme, d'enfans bien portans, quoiqu'elles eussent été saignées du bras quarante-huit et même quatre-vingt-dix fois pendant la grossesse (Mauriceau); chez d'autres on a empêché l'avortement, qui était imminent, à l'aide de la même saignée : une femme enceinte fut saignée dix fois du pied, sans avorter, dit Mauriceau (Observ. 644); il en fut de même d'une autre qui était tombée en apoplexie, et qui non-seulement avait été saignée plusieurs fois du bras et du pied, mais qui avait pris plusieurs vomitifs. (Observ. 258.) Toutefois il faut avouer que la saignée du pied et l'application des sangsues à la vulve et aux extrémités inférieures provoquent quelquefois l'avortement, surtout lorsqu'on en fait usage à contre-temps, et que la femme est déjà affaiblie : l'observation rapportée par Baudelocque, à la page 551 du tome II, vient à l'appui de cette assertion : des alimens de facile digestion, administrés avec prudence, dit cet auteur, calmèrent, au septième mois de la grossesse, un travail que l'on ne

put rapporter qu'à la privation absolue de toute espèce de nourriture pendant plusieurs jours de suite. Les *pédiluves* sont encore moins actifs que les saignées du pied, et la science fourmille de faits qui attestent leur insuffisance pour déterminer l'avortement dans un très-grand nombre de cas. On a vu l'emploi des *vomitifs* et des *purgatifs* les plus âcres, déterminer chez des femmes enceintes, des superpurgations, des entérites, des péritonites, des convulsions et même la mort, sans qu'il y eût avortement : on administre, tous les jours, pendant la grossesse, des médicamens émétiques et purgatifs, parce qu'ils sont indiqués, et l'on observe rarement l'accident que nous redoutons; cependant il ne faut pas se dissimuler que l'usage intempestif de ces moyens énergiques ait été suivi de l'avortement, chez des femmes soumises déjà à l'influence de quelques-unes des causes prédisposantes; il est même arrivé que des fausses couches ont eu lieu après l'administration d'un laxatif, tel que la manne. Tout ce qui vient d'être dit à l'occasion des vomitifs et des purgatifs peut s'appliquer aux *emménagogues*, aux *diurétiques*, aux *sudorifiques*, et autres médicamens *excitans* : leur danger est évident dans certains cas; leur innocuité est prouvée par une foule d'exemples, parmi lesquels nous rapporterons les suivans. 1° Une femme, que l'on ne croyait pas enceinte, est saignée à plusieurs reprises, et fait usage des purgatifs, des diurétiques et des sudorifiques les plus actifs, dans l'espoir de faire cesser une douleur sciatique des plus aiguës; elle accouche d'un enfant robuste et à terme. (*Zacchias*, Quæstionum medico-legalium consilium XXVI, pag. 40.) 2° L'huile dis-

tillée de genièvre, administrée pendant vingt jours, à la dose de cent gouttes, ne détermina point d'hémorrhagie, et n'empêcha pas la femme qui en avait fait usage d'accoucher à terme. 3° Une fille, grosse de sept mois, avala une pleine écuelle de vin dans laquelle il y avait une forte dose de sabine en poudre : elle éprouva des vomissemens et fut très-incommodée pendant plus de quinze jours ; l'accouchement n'eut lieu que deux mois après. (*Fodéré*, Méd. légale, t. IV, pag. 430.) Les *manœuvres* employées pour rompre les membranes ou pour agir directement sur la matrice, telles que l'emploi de stylets ou d'autres instrumens aigus et de pessaires enduits d'onguens irritans, ne sont pas toujours faciles à pratiquer à l'époque de la grossesse où l'on cherche à détruire le fœtus ; elles ne déterminent pas toujours l'avortement, et occasionent souvent les accidens les plus graves, tels que des métrites aiguës ou chroniques, des métrorrhagies graves, des carcinomes de l'utérus, etc.

Marques de sévices qui peuvent se trouver sur le corps de l'avorton et sur les organes génitaux de la mère. Lorsque l'avortement a été la suite de l'introduction dans l'utérus d'un instrument qui a blessé le produit de la conception, on peut retrouver des traces de son action meurtrière sur le fœtus, sur les membranes et sur les organes de la génération de la femme. Les lésions que présentera l'avorton, dans le cas dont nous parlons, ayant été décrites à l'occasion de l'infanticide, nous renvoyons à la page 448. Si la femme a succombé, l'état de la matrice indiquera probablement qu'il y a eu expulsion d'un fœtus, le col et l'orifice de cet organe pour-

ront être le siége de blessures qui annonceront l'emploi d'un instrument plus ou moins aigu.

Application de l'ensemble des faits et des principes qui précèdent, à la solution de la deuxième question. On fera sur l'avorton les mêmes recherches que dans le cas d'infanticide : ainsi on déterminera quel est son âge, s'il a vécu après la naissance, s'il est mort dans l'utérus ou au passage, à quelle époque il a été expulsé, depuis quand il est mort, s'il présente des traces non équivoques de blessures capables d'expliquer la mort, ou si celle-ci ne serait pas l'effet de son immaturité ou de quelques-unes des maladies qui attaquent souvent le nouveau-né. (*Voy.* Infanticide.) Ici, on se gardera bien de confondre la rougeur de la peau des avortons de quatre mois et demi à sept mois (*Voy.* pag. 51) avec celle qui est le résultat du séjour plus ou moins prolongé d'un fœtus mort dans l'utérus : dans le premier cas, la couleur pourpre ne s'observe que dans certaines parties du corps, et elle n'est accompagnée d'aucune des lésions que l'on remarque chez les fœtus dont nous avons parlé en dernier lieu.

Relativement à la femme, on tiendra compte de l'époque à laquelle l'avortement a eu lieu, des chutes, des efforts qu'elle a pu faire, et des autres causes à l'influence desquelles elle dit avoir été soumise, de son tempérament, des médicamens qui ont pu lui être administrés pour rétablir le cours des menstrues, ou dans un autre but qu'on ne saurait blâmer; on établira peut-être par ce moyen que l'avortement n'a pas été criminel. Si elle dit avoir reçu des coups sur l'abdomen, sur les lombes, il faudra constater s'il y a des ecchymoses,

si les actes de violence ont été bientôt suivis d'hémorrhagie utérine, ou bien si les causes dont nous parlons ont été assez légères pour ne pas troubler le cours de la grossesse; on recherchera si l'avortement n'aurait pas pu être prévenu malgré l'action de ces causes, au moyen des saignées, du repos, etc. Nous lisons dans Belloc, qu'une femme après avoir éprouvé une impulsion qui l'avait jetée à terre en pleine rue, avorta d'un fœtus mort, qui pouvait avoir environ quatre mois; mais on apprit qu'au lieu de s'être mise au lit immédiatement après l'accident, ou au moins d'être restée tranquille, elle avait fait une course de près d'une lieue pour aller chercher du bois d'un poids très-pesant qu'elle avait porté chez elle; que le lendemain, malgré quelques douleurs graves qu'elle disait éprouver aux reins, elle était encore allée à un grand quart de lieue de chez elle pour moissonner, et qu'à son arrivée elle avait été forcée de se mettre au lit, où elle était, et que les douleurs de l'accouchement s'étaient déclarées franches vers le milieu de la nuit précédente. Il est très-probable, ajoute Belloc, que si cette femme avait appelé du secours et s'était tenue tranquille, elle aurait pu éviter cet avortement. (pag. 82.)

Si tout porte à croire que l'avortement n'est la suite d'aucune des causes indiquées dans le paragraphe précédent, on examinera si la femme n'a point caché sa grossesse; si elle ne s'est pas informée auprès de ses amies, ou des gens de l'art, de l'efficacité de certains moyens propres à provoquer des pertes ou à se faire avorter; si elle ne s'est point livrée sans nécessité à des exercices violens et dangereux à son état; si elle était

malade, faible, ou d'une constitution robuste; si elle a acheté des drogues ou si elle les a fait acheter par des confidens; quelle en était la dose; si elle a préparé à l'insu de tout le monde des médicamens composés plus ou moins actifs; si elle a fait usage de pareils médicamens sans nécessité et sans avoir consulté le médecin; si elle a caché aux personnes qui l'entouraient les douleurs qu'elle aurait pu éprouver par l'usage de ces moyens énergiques, ou bien si elle s'est plainte; si lorsque rien n'annonçait qu'elle dût être malade, elle a fait des préparatifs qui pourraient faire croire qu'elle s'attendait à l'être; si elle s'est fait saigner secrètement et à plusieurs reprises par différens chirurgiens, sans dire qu'elle l'avait déjà été beaucoup de fois; si les saignées étaient indiquées, nécessaires : si elle niait avoir été saignée, on chercherait sur le trajet des veines, sur la vulve et sur les cuisses, s'il n'y a point de traces récentes de l'action de la lancette ou des sangsues; on s'attacherait aussi à reconnaître si, pour faire prendre le change, elle n'a pas caché l'hémorrhagie qui suit l'avortement, et voulu rapporter les symptômes qu'elle éprouve à toute autre cause. Il existe encore une foule de considérations qui n'échapperont pas à la sagacité du magistrat, et qui permettent quelquefois de découvrir si l'avortement a été provoqué. Nous ne saurions trop recommander en terminant cet article, combien il importe d'examiner attentivement si les médicamens que l'on regarde comme abortifs ont été conseillés ou employés dans une intention criminelle.

TROISIÈME QUESTION. — *L'avortement peut-il être simulé ou prétexté de la part de la femme, dans l'intention de nuire à autrui, et surtout d'obtenir des dommages et intérêts?*

Plusieurs fois déjà les tribunaux ont été appelés à juger des causes de ce genre. Nous indiquerons, en parlant des *maladies simulées*, les préceptes généraux qui doivent guider le médecin chargé de prononcer sur la réalité d'une affection que l'on peut feindre: il nous suffira d'établir ici qu'il faut s'attacher à prouver que l'avortement a eu lieu, et qu'il peut dépendre des causes alléguées par la partie plaignante.

Il est des auteurs qui, pour compléter l'histoire médico-légale de l'avortement, ont cru devoir examiner encore *si le fœtus était vivant au moment où on a agi sur lui.* « Si les abortifs, disent-ils, n'avaient été mis en usage que quelques jours avant l'avortement, et si la mère soutenait qu'avant leur emploi elle ne sentait déjà plus remuer son enfant, l'humanité et la prudence nous dicteraient de ne pencher que pour l'opinion la plus favorable à l'accusée. » Nous ne saurions adopter cette manière de voir : en effet, il ne suffit pas, pour établir la mort du fœtus dans l'utérus, que la femme avoue ne pas avoir senti remuer l'enfant depuis plusieurs jours; nous ajouterons qu'il n'existe aucun signe qui puisse faire reconnaître *positivement* si avant l'expulsion du fœtus il était vivant ou non dans l'utérus; mais lors même qu'il serait prouvé que l'avorton était mort au moment où on a agi sur lui, l'attentat n'en existerait pas

moins, surtout si les moyens abortifs avaient été conseillés par un homme de l'art ou par toute autre personne, et qu'ils fussent de nature à exposer les jours de la mère. Quelle que soit l'indulgence dont nous croyons devoir user envers les femmes qui ne nous paraissent pas *évidemment* coupables, nous nous ferons toujours un devoir d'attaquer le crime et d'empêcher qu'il ne reste impuni.

RAPPORTS SUR L'AVORTEMENT.

Premier rapport. Nous soussigné, docteur en médecine, etc. (*Voyez* page 236 pour le préambule.) Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé la dame F., âgée de vingt-deux ans, alitée, qui nous a dit avoir été maltraitée la veille, par le sieur X., qui l'avait jetée par terre, et lui avait donné deux coups de pied au ventre; qu'elle avait éprouvé sur-le-champ des douleurs dans la région de la matrice, et qu'au moment où elle envoyait chercher un médecin, elle avait fait une fause couche, quatre heures après la chute; elle ajouta qu'elle croyait être enceinte d'environ deux mois, et que dans ses deux grossesses précédentes elle avorta sans cause connue, une fois au troisième mois, et l'autre fois vers la fin du cinquième.

Nous avons procédé à la visite de la femme, et nous avons reconnu au milieu de la fesse gauche une ecchymose d'un rouge brun, grande comme une pièce de deux francs, qui paraissait avoir été faite depuis peu. L'abdomen, la face, les membres, etc., n'étaient le siége d'aucune contusion apparente. Les grandes et

les petites lèvres étaient légèrement gonflées; en introduisant le doigt dans le vagin, on voyait que l'orifice de l'utérus était dilaté et un peu souple: le volume de ce viscère paraissait plus grand que dans l'état naturel; il s'écoulait par la vulve une assez grande quantité de sang rouge en partie liquide, en partie coagulé, et la femme se plaignait de douleurs vives dans la région hypogastrique. Les mamelles semblaient dans l'état naturel; la peau était chaude et sèche, le pouls fréquent.

Le produit expulsé, de la grosseur d'un œuf, était rouge; après avoir été mis dans un vase plein d'eau et y avoir projeté à plusieurs reprises de l'eau à l'aide d'une petite seringue, pour en détacher le sang qui le colorait, il a offert les caractères suivans... (On indique les caractères du produit de la conception à deux mois révolus. (*Voy.* pag. 49.)

Nous croyons pouvoir conclure de ce qui précède, 1° que la dame F. était enceinte d'environ deux mois et demi; 2° qu'elle est accouchée depuis peu; 3° que tout en admettant chez elle une grande disposition à avorter, il est probable que la fausse couche a été déterminée par la chute dont elle porte encore des marques, ou par les coups de pied, s'il est vrai qu'ils aient été donnés; 4° que l'on aurait peut-être prévenu l'avortement en employant la saignée, le repos absolu, la diète, etc. En foi de quoi, etc.

Deuxième rapport. Nous soussigné, etc., requis, etc., pour constater si l'avortement de mademoiselle ***, âgée de dix-sept ans, était naturel ou provoqué, etc. Arrivé dans la chambre, nous avons trouvé la demoiselle ***,

qui nous a dit être accouchée la veille sans cause connue: que l'enfant, du sexe masculin, était âgé d'environ six mois; qu'elle avait constamment évité les causes qui auraient pu déterminer une fausse couche; qu'ainsi elle ne s'était point livrée à un exercice violent, etc.; qu'elle n'avait jamais été saignée, ni fait appliquer de sangsues, ni pris de substances émétiques ou drastiques. Le commissaire de police qui nous accompagnait a cru devoir faire des recherches dans une armoire où il a trouvé deux petits paquets contenant un mélange que nous avons reconnu être de la sabine et de la rue. La demoiselle *** a paru surprise de cette découverte; et nous a assuré n'avoir point fait usage de pareils médicamens.

Nous avons procédé à la visite, et nous avons constaté.... (On indique ici l'état des parties génitales, de l'utérus, de la peau de l'abdomen, des mamelles, etc. *Voyez* Accouchement, page 243.) On voyait à la surface interne des grandes lèvres, environ douze morsures triangulaires ecchymosées, annonçant d'une manière non équivoque qu'un nombre égal de sangsues avait été récemment appliqué; la portion de peau correspondante à la veine médiane céphalique et à la veine saphène était le siége de cicatrices légères qui paraissaient être le résultat de saignées faites depuis peu. Du reste la fille *** était en proie à des douleurs intolérables dans la région hypogastrique; la peau était très-chaude et âcre, le pouls excessivement fréquent.

Le cadavre de l'enfant... (On décrit ici les caractères propres à faire connaître que le fœtus est âgé de six mois environ. *Voyez* pag. 54.) On remarquait à la por-

tion de la peau du crâne correspondant au milieu de la suture sagittale, une ouverture large d'environ un tiers de ligne, dont le contour était ecchymosé : en disséquant attentivement les parties blessées, il était aisé de reconnaître que la commissure membraneuse qui unit les deux pariétaux ainsi que la dure-mère, avaient été percées par le même instrument qui avait blessé la peau; le sinus longitudinal supérieur était ouvert, et l'on voyait à la surface du cerveau, et entre ses deux hémisphères, un épanchement considérable de sang, en grande partie liquide; du reste le cerveau, le cervelet et la moelle épinière n'étaient le siége d'aucune altération; le thorax était aplati; les poumons, d'un très-petit volume, de couleur rouge, n'étaient point crépitans, et se précipitaient au fond de l'eau, soit qu'on les mît sur ce liquide entiers ou par fragmens. Le diaphragme était refoulé vers le thorax; les viscères abdominaux paraissaient dans l'état naturel.

L'arrière-faix avait été soustrait.

Ces faits nous permettent de conclure, 1° que mademoiselle*** est accouchée depuis peu; 2° que le fœtus, âgé d'environ six mois et bien constitué, est mort-né; 3° que tout annonce qu'il aurait pu vivre s'il avait continué à se développer; 4° qu'il a été blessé à la suture sagittale par un instrument piquant qui a pénétré assez avant dans l'intérieur du crâne pour ouvrir les parois du sinus longitudinal supérieur; 5° que cette blessure a été faite pendant qu'il était encore vivant; 6° que c'est à elle qu'il faut attribuer la mort; 7° qu'il est *excessivement probable* que la fille***, dont les récits sont évidemment mensongers, après avoir essayé inutilement

de se faire avorter au moyen de la sabine, de la rue et des saignées, aura percé ou fait percer le crâne de l'enfant pendant qu'il était encore dans l'utérus; 8° qu'il eût été possible d'affirmer le fait si les membranes n'eussent pas été soustraites, et que l'on eût pu reconnaître qu'elles avaient été lésées à la partie correspondante à la suture sagittale. En foi de quoi, etc.

De l'exposition, de la suppression, de la substitution et de la supposition de part.

L'*exposition de part* entraîne souvent la mort de l'enfant délaissé, et doit être par conséquent considérée comme un crime; nous avons déjà fait connaître les articles du code pénal relatifs à ce sujet. (*Voyez* page 324.) Toutefois, lorsqu'une femme est accusée d'avoir exposé ou fait exposer l'enfant dont elle est récemment accouchée, elle peut s'excuser en disant que l'enfant était mort-né, et qu'elle a préféré l'abandonner pour ne pas compromettre sa réputation. Les tribunaux, chargés seuls de l'examen d'une foule de circonstances qui peuvent atténuer et aggraver le crime, sont intéressés à savoir, 1° si effectivement l'enfant dont il s'agit était mort-né; 2° dans le cas où il aurait vécu, qu'elle a pu être l'influence du milieu dans lequel il a été délaissé; 3° jusqu'à quel point le défaut de soins, d'alimens, de vêtemens, etc., a pu contribuer à le faire périr, à le mutiler ou à l'estropier. Une autre question peut encore se présenter : lorsqu'on voit tout à coup disparaître la grossesse chez une femme que l'on croyait enceinte, et que, d'une autre part, on découvre qu'un enfant a

été abandonné, peut-on déterminer que celui-ci appartient à la femme dont il s'agit, et qu'il a été exposé par elle ou par son ordre? On s'attachera, dans ce cas difficile, à établir qu'il y a eu grossesse et accouchement; que celui-ci est récent ou ancien, que l'époque à laquelle l'enfant est né correspond ou ne correspond pas à celle où l'accouchement a eu lieu; questions dont nous avons déjà parlé en détail, et sur lesquelles il serait inutile de revenir. Que, si tout portait à croire que la femme pourrait être la mère de l'enfant délaissé, il ne faudrait pas encore conclure que l'exposition de part a eu lieu: ce fait ne pourrait ressortir que des recherches ultérieures tentées par le magistrat.

Suppression de part. Elle existe lorsqu'une femme soustrait l'enfant dont elle vient d'accoucher, et le cache au lieu de l'exposer sur la voie publique.

« Les coupables d'enlèvement, de recélé ou de suppression d'un enfant, de substitution d'un enfant à un autre, ou de supposition d'un enfant à une femme qui ne sera pas accouchée, seront punis de la réclusion.

« La même peine aura lieu contre tous ceux qui, étant chargés d'un enfant, ne le représenteront point aux personnes qui ont droit de le réclamer. » (Code pénal, art. 345.)

Ici l'homme de l'art doit chercher à résoudre les mêmes questions que dans le cas d'exposition de part.

Supposition de part. Elle a lieu lorsqu'une femme dit être accouchée d'un enfant qu'elle n'a point porté dans son sein, ce qui a souvent pour but d'introduire un étranger dans la famille, afin de changer l'ordre de succession établi par les lois. L'homme de l'art examinera

d'abord si la femme est accouchée, et, en cas d'affirmative, si l'accouchement est récent et si l'enfant qu'elle présente lui appartient, c'est-à-dire s'il est né à peu près à l'époque où l'accouchement a eu lieu. On a vu des femmes qui étaient accouchées deux ou trois ans auparavant, simuler la grossesse et quelques-uns des phénomènes de l'accouchement, espérant que le médecin qui serait chargé de les visiter prendrait le change et rapporterait à un accouchement récent les traces d'un accouchement ancien; mais il est impossible de se méprendre : comment simuler, par exemple, l'écoulement des lochies, la fièvre de lait, etc.? D'autres, qui étaient *stériles*, ont poussé l'audace jusqu'à supposer qu'elles venaient d'accoucher, tandis qu'il suffisait de la plus légère inspection pour prouver qu'elles n'avaient jamais été mères. Il en est qui, étant accouchées plusieurs années auparavant, ont supposé un nouvel accouchement, et n'ont pu être visitées que plusieurs semaines après, c'est-à-dire lorsqu'il était impossible d'affirmer qu'il y avait eu ou non accouchement récent; ce cas, plus épineux que les autres, exigerait que l'on examinât attentivement toutes les circonstances propres à jeter quelque jour : l'accouchement a-t-il été naturel, laborieux; la femme a-t-elle été assistée par des gardes ou par des gens de l'art, ou bien était-elle seule; a-t-elle appelé à son secours; en un mot, y a-t-il des preuves testimoniales; la femme est-elle âgée, était-elle réglée; le mari est-il infirme, impuissant, etc.?

Substitution de part. On peut encore supposer qu'une femme qui vient de perdre l'enfant dont elle était accouchée, ou qui accouche d'un enfant dont le sexe lui

déplaît, le remplace par un autre. L'homme de l'art ne parvient à éclairer cette question qu'en prouvant, dans certaines circonstances, que la naissance de l'enfant ne répond pas à l'époque où l'accouchement a eu lieu; d'où il suit que son rapport ne peut être de quelque utilité que lorsqu'on examine la femme peu de temps après l'accouchement, c'est-à-dire lorsqu'il est encore permis de juger à peu près le moment où il a eu lieu. Dans tout autre cas, le crime ne peut s'établir que d'après les preuves testimoniales.

VINGT-ET-UNIÈME LEÇON.

De la viabilité du fœtus.

Le mot viabilité, dérivé de *via*, voie, chemin, et non de *vita*, vie, s'emploie pour exprimer la possibilité de parcourir aussi long-temps que le commun des hommes la carrière de la vie extra-utérine; ainsi un enfant peut avoir vécu et ne pas avoir été regardé comme viable, parce qu'il offrait, dans son organisation, quelque vice qui s'opposait à ce que la vie se prolongeât; un autre enfant, né vivant, peut périr dans les premières heures de sa vie, quoiqu'il fût *viable*. Voici les articles du Code civil relatifs à la question de la viabilité du fœtus.

« L'enfant né avant le cent quatre-vingtième jour du mariage ne pourra être désavoué par le mari dans les cas suivans : 1° s'il a eu connaissance de la grossesse avant le mariage; 2° s'il a assisté à l'acte de naissance, et si cet acte a été signé de lui, ou contient sa déclaration qu'il ne sait

signer; 3° *si l'enfant n'est pas déclaré viable.* (Code civil, art. 314.)

« Pour succéder, il faut nécessairement exister au moment de l'ouverture de la succession. Ainsi sont incapables de succéder, 1° celui qui n'est pas encore conçu; 2° *celui qui n'est pas né viable ;* 3° celui qui est mort civilement. » (Code civil, art. 725.)

« Pour être capable de recevoir entre-vifs, il suffit d'être conçu au moment de la donation. Pour être capable de recevoir par testament, il suffit d'être conçu à l'époque du décès du testateur. Néanmoins la donation et le testament n'auront leur effet *qu'autant que l'enfant sera né viable.* » (Code civil, art. 906.)

« La recherche de la paternité est interdite. Dans les cas d'enlèvement, lorsque l'époque de l'enlèvement se rapportera à celle de la conception, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré père de l'enfant. » (Code civil, art. 340.) Il est évident, d'après cet article, qu'on ne devrait attacher aucune importance à la déclaration d'une fille enlevée, qui serait accouchée au cent quatre-vingtième jour de l'enlèvement ou plus tôt, et qui aurait mis au monde *un enfant viable*, dont elle ferait correspondre la conception au jour de l'enlèvement.

Ces diverses dispositions ne laissent aucun doute sur la nécessité où l'on peut être de résoudre la question de viabilité lorsque l'enfant est mort, ou lorsqu'il est encore vivant; nous l'examinerons sous ce double rapport : il est également indispensable d'établir une distinction entre la viabilité des fœtus monstrueux et de ceux qui ne présentent aucun vice de conformation. Mais avant d'étudier ces différens objets, qu'il nous soit permis de faire connaître les développemens don-

nés par les plus habiles jurisconsultes aux différens articles du code dont nous avons fait mention ; nous espérons par-là mettre le médecin à même de saisir exactement l'esprit de la loi.

« L'enfant, dit M. Bigot de Préameneu à l'occasion de l'article 725, vivait dans le sein de sa mère ; cette existence peut se prolonger pendant un nombre de jours indéterminé, sans qu'il soit possible qu'il la conserve ; et c'est cette possibilité de parcourir la carrière ordinaire de la vie, qu'on entend par l'expression être *viable*, et il faut à cet égard que les gens de l'art prononcent. »

Le rapport fait au tribunat par Chabot (de l'Allier) contient les passages suivans :

« Il n'est pas nécessaire que l'individu soit né pour être habile à succéder ; il suffit qu'il soit conçu, parce que l'enfant existe réellement dès l'instant de la conception, et qu'il est réputé né dès qu'il y va de son intérêt. Cette présomption de naissance, qui équipolle à la naissance elle-même pour déférer le droit d'hérédité, cesse d'avoir lieu si l'enfant ne naît pas, ou s'il ne naît pas *viable*.

» Lorsqu'un enfant n'est pas vivant en sortant du sein de sa mère, il est censé n'avoir pas vécu pour succéder ; car c'était dans l'espoir de la naissance qu'on le regardait comme vivant dès l'instant de la conception, et si cet espoir est trompé, la présomption qui le faisait regarder comme vivant ne peut plus être fondée sur la réalité.

» Lorsqu'un enfant n'est pas né *viable*, il est aussi réputé n'avoir jamais vécu, au moins pour la successibilité. En ce cas, c'est la même chose que l'enfant soit mort ou qu'il naisse pour mourir. La loi 3 du Code *de posthumis* exige que l'enfant naisse parfait, c'est-à-dire qu'il ait atteint le terme auquel il est possible qu'il vive. »

De la viabilité des fœtus non monstrueux.

A quelle époque de la grossesse ces fœtus sont-ils viables? C'est lorsque les organes de la digestion, et surtout ceux de la respiration, sont en état d'exercer leurs fonctions. Il n'y a que la respiration complète qui constitue la vie, d'après Merlin. (*V.* Questions de droit, tome VI, au mot VIE.) Ce célèbre jurisconsulte appuie son opinion sur le passage suivant d'Alphonse Leroy: « On a jugé dans les tribunaux qu'un enfant venu à terme avait vécu, parce que la sage-femme attestait qu'il avait agité ses membres, même sa poitrine; qu'elle avait vu de petites inspirations et des soupirs, et senti des palpitations du cœur et des artères; mais tous ces mouvemens ne peuvent pas constituer véritablement la vie acquise hors du sein de la mère. Un enfant nouvellement venu au monde, et non encore séparé de sa mère, a quelquefois des mouvemens convulsifs, et, s'il est faible, il a des respirations incomplètes, accompagnées de soupirs. Un tel enfant n'a point acquis ses droits civils, parce qu'il n'a pas respiré complétement, et que c'est la respiration complète qui lui acquiert sa vie propre, indépendante de celle de sa mère. Hippocrate prescrit de ne pas couper le cordon ombilical tant que l'enfant n'a pas respiré complétement et crié. Par la respiration complète, la circulation du sang s'établit dans les poumons; alors il puise dans l'air le principe d'une vie qui lui devient propre; il vit de la vie commune, différente de celle qu'il avait dans le sein de sa mère, où il ne respirait pas, et où le sang ne circulait

pas dans son poumon : il vivait en commun avec sa mère. Mais dès qu'un enfant a respiré complétement, il a vécu de sa vie propre, à l'air et à la lumière, et devant la loi; il a vécu civilement. C'est donc la respiration, mais la respiration complète, qui constitue la vie; les pulsations, le mouvement des membres, du diaphragme, des artères, peuvent durer sans la vie complète jusqu'à une et deux heures. »

Il est impossible d'élever le moindre doute sur la viabilité du fœtus à terme. On s'accorde aussi à ne pas regarder comme tel celui qui naît avant le commencement du sixième mois, c'est-à-dire, avant le cent quatre-vingtième jour, et l'on considère comme apocryphes ou comme mal faites, les observations de fœtus qui, étant venus au monde à quatre mois et demi, et même à cinq mois, ont pu vivre pendant plusieurs années; c'est ainsi qu'on a voulu faire croire que *Fortunio Licetti*, qui naquit à quatre mois et demi, et qui fut placé pendant plusieurs mois dans un four dont la température était fort douce, ne mourut qu'à l'âge de quatre-vingts ans : on sentira combien il eût été nécessaire, avant d'ajouter foi à de pareils miracles, de s'assurer de l'époque précise de la conception (ce qui n'est pas facile), de l'âge du nouveau-né, etc.

Mais que doit-on penser de la viabilité des fœtus qui naissent entre le commencement du sixième mois et la fin du neuvième? Il est rare de voir vivre, pendant un assez long espace de temps, ceux qui n'ont pas sept mois accomplis ; la plupart d'entre eux périssent au bout de quelques jours, parce qu'ils sont imparfaits : toutefois, il existe un très-petit nombre d'exemples d'enfans nés

à six mois et à six mois et demi, qui ont vécu pendant plusieurs années. A dater de la fin du septième mois, la viabilité ne saurait plus être contestée : depuis cette dernière époque jusqu'à terme, les chances sont d'autant plus grandes, tout étant égal d'ailleurs, que le fœtus est plus près de la fin du neuvième mois. On conçoit avec peine que les gens de l'art aient soutenu pendant long-temps l'opinion contraire, d'après l'autorité d'Hippocrate, qui établissait qu'il y avait deux termes pour la viabilité, l'un à sept, l'autre à neuf mois; les enfans de huit mois étaient censés moins viables que ceux de sept : nous nous abstiendrons de rapporter en détail les raisonnemens qui semblaient étayer cette opinion, que l'expérience journalière démontre n'être pas vraie; nous dirons seulement que l'on a été sans doute induit en erreur parce que des fœtus de sept mois, dont la naissance n'avait été sollicitée par aucune violence, avaient vécu, tandis qu'on voyait périr la plupart de ceux qui naissaient au huitième mois, à la suite d'une chute de la mère, de coups qu'elle aurait reçus, etc. : la viabilité dans ce cas ne tenait pas à ce que le fœtus était moins âgé, mais bien à ce que l'accouchement avait été naturel.

Si par une cause quelconque, dit M. Dubois, l'accouchement a lieu avec la dilatation convenable du col de l'utérus au septième mois, l'enfant sort sans peine et peut vivre. Si la femme accouche au contraire à huit mois, à la suite d'un choc, d'une violence, etc., l'accouchement sera plus laborieux, parce que le col de l'utérus ne sera pas convenablement dilaté, et l'enfant pourra périr : c'est ainsi qu'on peut expliquer pour-

quoi certains enfans de sept mois sont plus viables que d'autres de huit mois. (Leçons orales.)

Il résulte de ce qui précède, 1° que les fœtus sont, en général, d'autant plus viables qu'ils approchent davantage du terme de la grossesse; 2° qu'il est impossible d'assigner au juste l'époque de la gestation où ils jouissent de cette faculté, puisque la viabilité est entièrement subordonnée au développement et à la perfection des organes, et surtout à ceux de la respiration; 3° que c'est, par conséquent, à tort que l'on a établi en principe, que l'on doit considérer comme mort nés les enfans qui naissent avant la fin du septième mois, les dispositions législatives n'étant nullement d'accord avec cette assertion; 4° qu'il n'est pas vrai non plus, comme on l'a publié, que l'on doive *admettre* que l'enfant est *constamment* viable à la fin du septième mois; 5° qu'il est indispensable, lorsqu'on est appelé à décider une question de ce genre, d'appuyer son jugement sur la structure, l'organisation et la maturité des parties qui peuvent permettre ou ne pas permettre l'exercice des fonctions les plus importantes; 6° que l'homme de l'art ne doit jamais hésiter à déclarer viable un enfant de sept mois, lorsque sa décision peut tranquilliser un époux inquiet, et conserver la paix dans une famille pour laquelle un jugement contraire serait le signal de dissensions fâcheuses; d'ailleurs il pourrait être taxé d'impéritie s'il contestait la possibilité du fait, puisqu'on a vu, rarement à la vérité, vivre pendant longtemps des fœtus de sept mois.

Nous ne quitterons pas ce sujet sans applaudir à l'idée émise en 1826 par M. Chaussier, de compléter par

un certain nombre d'articles additionnels, la législation sur la viabilité : ce serait le seul moyen de terminer et de prévenir des discussions qui intéressent essentiellement l'ordre social et la tranquillité des familles. Voici les dispositions proposées par ce médecin. (Mémoire médico-légal sur la viabilité, présenté à monseigneur le garde-des-sceaux.)

Article 1er. Est réputé non viable l'enfant qui naît avant les trois derniers mois de la grossesse, et qui meurt aussitôt ou peu d'heures après sa naissance.

Art. 2. Est également réputé non viable l'enfant qui, parvenu au terme de la grossesse, naît anencéphale, c'est-à-dire avec privation totale ou partielle du cerveau et du crâne, quand même il serait constaté qu'il a crié; et celui qui a quelque autre vice de conformation, tel qu'il ne puisse conserver la vie, en exécuter les fonctions, et que l'on ne puisse y remédier.

Art. 3. Est également réputé non viable tout enfant, qui attaqué d'une maladie dans le sein de sa mère, meurt dans les vingt-quatre heures qui suivent sa naissance, quelle qu'en soit la cause.

Art. 4. Est aussi réputé non viable l'enfant qui, par la longueur ou la nature de l'accouchement, éprouve dans sa circulation une gêne telle qu'il naisse mourant et attaqué d'un épanchement de sang dans le cerveau, et d'un véritable état d'apoplexie et de paralysie dans tous les membres, que les secours de l'art ne peuvent rétablir, et qu'il meurt quelques heures après sa naissanee.

Art. 5. Est reconnu et déclaré viable, apte à jouir des priviléges de la société, l'enfant dont la tête est bien conformée, qui au plus tôt, trente-six heures après sa naissance, est présenté vivant et vigoureux à l'officier de l'état

civil qui l'inscrit aussitôt sur ses registres avec les prénoms qu'on lui donne, et les qualités des parens et des personnes qui le lui présentent.

Les articles 1, 2 et 4, qui, au demeurant, ne sont qu'une application des idées de Bigot de Préameneu, de Chabot (de l'Allier), d'Alphonse Leroy, etc., nous paraissent heureusement conçus. Les articles 3 et 5 doivent être *rejetés;* en effet, pour ce qui concerne l'article 3, comment juger dans *beaucoup de cas*, si un enfant qui meurt dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, était attaqué avant de naître de la maladie qui l'a fait périr, ou bien si cette maladie ne s'est déclarée qu'après la naissance, l'enfant étant d'ailleurs parfaitement constitué? Quant à l'article 5, nous pourrions nous borner, pour faire sentir son insuffisance, à signaler les exemples d'enfans à terme atteints d'une oblitération de quelque point du canal intestinal, d'un anévrisme du cœur, des gros vaisseaux et même du canal artériel, qui n'en offrent pas moins un aspect vigoureux pendant trente-six heures, et qui pourtant ne sont pas viables. Nous croyons cependant devoir consigner un fait important, qui commande impérieusement le rejet de cet article. Noblet, né le 10 mars 1826 au matin, entré aux Enfans-Trouvés le 11 au matin, est *vigoureux*, très-vermeil, *crie avec force*, quoique son cri soit peu soutenu, suce le doigt qu'on lui met dans la bouche, et prend le mamelon de la nourrice; il est visité le 12 au matin, et destiné à partir pour la campagne; il meurt dans la journée du 13 au soir. *Ouverture du cadavre.* Le corps a de l'embonpoint,

et ne présente extérieurement aucun vice de conformation; sa taille est de dix-sept pouces et demi. Le *crâne est développé* comme à l'ordinaire, et pourtant il y a anencéphalie. (*Voyez* la page 315, où nous avons décrit l'état de ce sujet.) Cet enfant aurait pû être présenté au bout de trente-six heures à l'officier civil, qui d'après sa constitution, ses cris, etc., l'aurait déclaré viable quoiqu'il ne le fût pas réellement; il a vécu trois jours parce que la moelle allongée, les pédoncules du cerveau, et la moelle épinière étaient dans toute leur intégrité.

En admettant l'article 5 proposé par M. Chaussier, on s'exposerait donc à déclarer *viable* un enfant qui périrait quelques jours après la naissance, et que l'ouverture du cadavre démontrerait ne pas l'être, et ce qui est encore pis, on pourrait inscrire comme *viable* un enfant qui ne le serait pas, et dont on aurait négligé d'ouvrir le cadavre, et de constater par conséquent le vice de conformation qui l'aurait empêché de vivre.

Signes de viabilité d'un fœtus vivant. On devra déclarer un enfant *viable*, s'il pousse des *cris forts* en naissant ou peu de temps après la naissance, ce qui annonce que la respiration est bien établie (*voyez* la note de la page 373); s'il exécute facilement des mouvemens assez étendus; s'il saisit bien le mamelon ou s'il suce le doigt que l'on introduit dans sa bouche; s'il rend aisément l'urine et le méconium; si les os du crâne sont solides, prêts à se toucher par leurs bords; si les fontanelles sont peu évasées; si les cheveux, les poils et les ongles sont bien formés; si la peau est légèrement rosée; si les proportions de la tête, des membres abdominaux et tho-

raciques sont telles que nous les avons indiquées en parlant des fœtus à terme; si l'insertion du cordon ombilical ne répond pas à un point fort au-dessous du milieu du corps. Ces caractères auront encore plus de valeur si la longueur du fœtus est de quatorze à dix-huit pouces, et son poids de quatre à six livres; toutefois, des enfans doivent être déclarés viables, s'ils réunissent les conditions mentionnées, lors même que leur poids et leur longueur seraient sensiblement inférieurs à ceux que nous venons d'indiquer.

On regardera le fœtus comme *non viable*, s'il est muet ou qu'il ne pousse que des plaintes continuelles; s'il ne remue pas les membres ou s'il n'exécute que des mouvemens excessivement faibles; s'il ne tète pas et s'il ne suce pas le doigt qu'on lui met dans la bouche; si les excrétions de l'urine et du méconium ne se font pas ou se font mal; s'il dort presque continuellement; si les os du crâne sont mous ou assez peu solides pour ne pas résister à la plus légère pression; s'ils sont trop écartés les uns des autres; si les fontanelles sont très-larges; si les cheveux et les poils sont rares, courts et d'une couleur peu foncée; si, au lieu d'ongles, on ne voit que des lames minces qui ne recouvrent pas les doigts; si la peau est d'un rouge pourpre, surtout aux mamelles, aux oreilles, etc., ou bien si elle est marbrée, parsemée de vaisseaux bleuâtres; si la tête est beaucoup trop volumineuse, par rapport aux autres parties du corps; si la longueur des membres thoraciques dépasse de beaucoup celle des membres abdominaux; si le cordon ombilical s'insère près du pubis; si les paupières sont collées; si la membrane pupillaire existe : en un

mot, s'il est tellement chétif que les fonctions les plus importantes aient de la peine à s'exécuter. Ces caractères acquerront beaucoup plus de valeur, si la longueur et le poids du corps annoncent que le fœtus est à peine âgé de cinq à six mois. Les enfans qui offriraient l'ensemble des signes que nous venons de faire connaître devraient être déclarés *non viables*, lors même qu'ils pèseraient de quatre à cinq livres, et que la longueur de leur corps serait de douze à quatorze pouces.

S'il arrivait qu'un enfant chétif, vivant déjà depuis plusieurs semaines, fût l'objet d'un rapport médico-légal, l'homme de l'art ne prononcerait sur sa *viabilité* qu'avec réserve, lors même qu'il aurait pu constater la plupart des caractères mentionnés dans le paragraphe précédent : il devrait suspendre son jugement et demander à faire un second rapport plus tard.

Signes de viabilité d'un fœtus mort. Si, comme il peut arriver dans certaines questions de droit civil, le médecin était appelé pour juger si un enfant mort était *né viable*, il devrait s'attacher d'abord à reconnaître qu'il est né vivant (*voyez* page 336); il éviterait de confondre avec les phénomènes qui caractérisent la vie extérieure, certains mouvemens des membres, des cris faibles, des battemens de cœur, etc., que l'on dirait avoir aperçus ou sentis, et qui ne sont que les derniers traits de la vie fœtale; il constaterait ensuite l'état, les proportions et les rapports des organes extérieurs indiqués dans les deux paragraphes précédens, et qui sont les cheveux, les poils, les ongles, la peau, la tête, le cordon ombilical, etc.; il faudrait ensuite procéder à l'ouverture du cadavre, et examiner attentivement si

le développement du système osseux, du cerveau, du cœur, des poumons, du foie, de l'estomac et des intestins, des reins et de la vessie, etc., annonce que le fœtus est âgé de six, de sept, huit ou neuf mois (*voyez* page 54), et si ces organes semblaient avoir atteint le degré de perfection nécessaire pour exercer les fonctions sans lesquelles la vie extra-utérine ne saurait se prolonger.

Nous ne terminerons pas cet article sans faire observer que, si la solution des questions relatives à la *viabilité* des fœtus doit être basée sur l'état plus ou moins parfait de leurs organes, il importe aussi d'avoir égard à d'autres caractères que l'on pourrait appeler *secondaires* : ainsi, tout étant égal d'ailleurs, on sera d'autant plus disposé à admettre la possibilité de vivre, que la mère de l'enfant aura joui d'une meilleure santé pendant la grossesse, que l'accouchement n'aura pas été provoqué, qu'il se sera terminé avec facilité, que l'arrière-faix sera dans l'état naturel, etc.

De la viabilité des fœtus monstrueux.

Parmi les nombreuses classifications des monstruosités proposées par les auteurs, celle du docteur Breschet nous paraît la plus propre à faciliter la solution du problème qui va nous occuper. (*Voyez* article Déviation, du Dictionnaire de Médecine.) Les monstruosités y sont distribuées en quatre ordres, savoir : les *agénèses*, les *hypergénèses*, les *diplogénèses* et les *hétérogénèses*.

PREMIER ORDRE. — AGÉNÈSES, ou déviation organique avec diminution de la force formatrice.

Premier genre. Déviation organique par absence des organes, ou défaut dans leur développement. Ce genre comprend plusieurs espèces.

1° *L'acéphalie* de α priv. et de κεφαλη, tête.) On désigne ainsi la monstruosité dans laquelle il y a absence totale des parties qui composent la tête, et quelquefois même de celles qui constituent une portion du tronc; et suivant une remarque fort importante faite par Béclard, *on voit constamment manquer chez ces individus toutes les parties externes et internes qui reçoivent leurs nerfs des centres nerveux qui siégent dans la partie du corps qui manque :* ainsi, comme le cerveau, le cervelet et la moelle allongée n'existent jamais chez les acéphales, on ne trouve aucun des organes auxquels ils envoient des nerfs; et, par la même raison, plus la moelle épinière a perdu de sa longueur par en haut, plus il manque de parties supérieures du corps. En général les monstres dont nous parlons sont dépourvus de poumons, et jusqu'à ce jour on en cite à peine quelques-uns où l'on ait rencontré le cœur. Il résulte évidemment de ce qui précède, que les acéphales ne sont pas viables.

2° *L'anencéphalie* (de α priv. εγκεφαλον, encéphale). Elle consiste d'après la plupart des anatomistes dans l'absence du cerveau, du cervelet et du crâne, et plus souvent dans l'absence plus ou moins complète du cerveau et de la partie supérieure du crâne; on doit admettre aussi que chez certains anencéphales, l'exté-

rieur du crâne peut n'être le siége d'aucun vice de conformation. (*Voy.* pag. 314.) La moelle allongée existe : aussi trouve-t-on le cou, les viscères thoraciques, les organes des sens, le pharynx, le larynx et toute la face (1). Les *anencéphales* ne peuvent pas être déclarés viables : toutefois ils peuvent vivre pendant quelque temps; on en a vu qui n'ont péri que vingt jours après la naissance, parce que le bulbe supérieur du prolongement rachidien, d'où naissent les nerfs qui se distribuent aux appareils digestif et respiratoire, n'était point détruit chez eux; lorsque ce bulbe est attaqué, la mort suit de près la naissance.

L'hydrocéphalie congénitale. En général les hydrocéphales ne vivent que peu de jours; il existe cependant des exemples rapportés par Goelis, Hartell, Malacarne, Loder, Michaelis, Scheider, Auriville, Schomberg, Gall, Breschet, etc., d'individus atteints de cette maladie qui ont vécu pendant dix-sept, vingt-huit, trente-un, quarante-huit et même soixante-dix-neuf ans. Ces faits, en apparence contradictoires, se concilient à merveille avec les résultats fournis par l'anatomie pathologique, qui nous apprend que dans l'hydrocéphalie les altérations peuvent être rapportées à trois chefs principaux : 1° l'encéphale est *imparfaitement développé*, et le plus souvent *quelques-unes des ses parties* manquent; on dirait que les rudimens de cet organe baignent dans de la sérosité : tous

(1) M. Geoffroy Saint-Hilaire comprend sous le nom d'*anencéphale* les monstruosités qui sont privées de moelle médullaire tant cérébrale que spinale.

les hydrocéphales qui meurent dans le sein maternel, à leur naissance ou peu de temps après, appartiennent à ce premier ordre; 2° l'encéphale *existe dans toutes ses parties*, quoique chacune d'elles ne soit pas encore parvenue à son complément de développement; du reste cet organe, et surtout ses cavités sont distendues et aggrandies par une quantité plus ou moins considérable de liquide : dans ce cas, l'hydrocéphale peut vivre plus ou moins long-temps; il périra d'autant plus vite que l'augmentation du fluide se fera plus rapidement : nul doute que chez les individus dont nous avons parlé, qui ont vécu de longues années, l'accumulation de la sérosité ne se soit faite très-lentement; 3° l'espace qui sépare les membranes, contient un liquide séreux, sans qu'il y en ait dans les cavités de l'encéphale; cet *organe est complétement développé*, ce qui démontre que l'origine de la maladie ne remonte qu'aux derniers temps de la vie fœtale, et plus souvent encore aux premières années de la vie de l'enfant : ces hydrocéphales peuvent vivre pendant plusieurs années.

3° *L'absence* ou *l'imperfection de la face*. La première de ces monstruosités est désignée sous le nom d'*aprosopie* (de α priv. et προςοπον, face), tandis qu'on donne à l'autre le nom d'*ateloprosopie;* celle-ci est moins rare que l'aprosopie; elle est souvent accompagnée d'une imperfection plus ou moins grande des os du crâne. Les fœtus atteints de ce genre de monstruosité manquent de cerveau, et doivent par conséquent être assimilés aux anencéphales sous le rapport de la viabilité.

4° L'absence des *yeux*, des *paupières* ou de *l'iris*, ne saurait être considérée comme un motif de non viabi-

lité. L'absence de la *bouche* n'a lieu que lorsque la face manque; d'où il suit que les enfans atteints de ce vice de conformation ne sont point viables. L'absence des *lèvres* est excessivement rare et n'entraîne point par elle-même la mort du fœtus. Les enfans qui n'ont point de *luette* vivent aussi long-temps que ceux qui sont bien conformés. La *langue* ne manque le plus souvent que lorsqu'il y a absence de la face; toutefois le défaut de cet organe, la face étant dans son intégrité, n'exclut point la possibilité de vivre : ce n'est que lorsqu'il y a absence ou imperfection de la face, que la *mâchoire inférieure* manque (Voy. *Absence de la face.*) On n'a encore observé le défaut complet de l'oreille que dans l'acéphalie vraie; s'il ne manque que l'oreille externe, l'individu est viable.

5° L'absence de l'épiglotte, du pénis, du scrotum, des testicules, des vésicules séminales, de l'utérus et de ses annexes, du vagin, de quelques vertèbres, de quelques côtes, de la totalité ou d'une partie des membres, n'influe pas sensiblement sur la vie de l'individu; il en est de même de l'absence d'un des reins ou de la vessie : on a vu, lorsque ce dernier organe manquait, les uretères s'ouvrir dans le rectum ou aboutir au vagin, ce qui obligeait l'individu à uriner souvent.

6° L'absence de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du cœur et des poumons, qui peut avoir lieu quoique la tête soit bien développée, malgré l'assertion contraire des auteurs, entraîne nécessairement la mort dans un court espace de temps.

7° Si les cloisons auriculaire et ventriculaire du cœur permettent le mélange du sang artériel et du sang vei-

neux, l'individu est viable; mais alors il est atteint de cyanose : c'est probablement à ce vice de conformation qu'il faut rapporter ce que les auteurs ont publié sur des cœurs uniloculaires. L'absence de la totalité ou d'une partie du diaphragme ne suffit point pour ranger l'individu parmi les êtres non vialables.

8° Nous ne parlerons pas des nains, des ragots et des crétins, qui sont tous viables, parce qu'il est très-difficile de donner des caractères qui puissent les faire reconnaître aux premières époques de la vie.

Deuxième genre. Déviation organique avec fissure ou fente sur la ligne médiane du corps. Ce genre comprend un assez grand nombre d'espèces.

Les fœtus chez lesquels les lèvres, les os maxillaires, la langue, le voile du palais, la vessie, la verge, l'urètre, la matrice ou le vagin sont fendus à la partie moyenne, sont viables. Ceux dont le crâne est divisé à sa partie moyenne par suite de la lenteur avec laquelle l'ossification s'est opérée, sont atteints d'un encéphalocèle qui peut guérir par les moyens compressifs, s'il est léger, et qui est presque toujours mortel, s'il est volumineux. Il en est de même pourla hernie du cervelet. Ceux qui sont affectés d'*hydrorachis* (*spinabifida*), péris-ent peu de jours après la naissance, au bout de quelques mois, d'une ou de deux années. En général, plus la tumeur est élevée et volumineuse, plus la mort arrive rapidement. Des observations rapportées par Bonn, Warner, Camper et Swagermann, tendraient à faire croire que des malades atteints d'hydrorachis ont vécu pendant dix, vingt, vingt-huit et même cinquante-ans. Mais n'est-il pas permis d'élever des doutes sur

l'existence de l'hydrorachis chez ces malades? La division du *sternum* n'entraîne point la mort.

La division de l'abdomen détermine la hernie des viscères abdominaux, et peut être promptement mortelle si le déplacement est considérable. On doit rapprocher de ce vice de conformation l'*exomphale* ou la hernie ombilicale dans laquelle se trouvent quelquefois, non-seulement les organes abdominaux, mais encore les viscères thoraciques. Béclard a décrit un exemple de cette monstruosité, où la tumeur renfermait en outre le front et la face de l'enfant. Il est évident que ces êtres ne peuvent pas vivre. L'*exstrophie* de la vessie n'entraîne point la mort du fœtus.

Troisième genre. Déviation organique avec imperforation.

La persistance de la membrane pupillaire, l'union des paupières, l'imperforation de la bouche, de l'anus, de l'urètre, du vagin et de la matrice, ne sauraient être regardées comme des motifs de non viabilité, à moins qu'il n'y ait oblitération de l'œsophage ou du gros intestin.

Quatrième genre. Déviation organique avec union ou confusion des parties.

Monopsie (de μονος seul, et ωψ œil). On désigne ainsi les fœtus chez lesquels il y a eu rapprochement ou fusion plus ou moins complète des deux yeux, par suite de l'absence totale ou partielle des parties qui composent l'apareil olfactif. Il existe plusieurs degrés de *monopsie;* 1° les deux orbites communiquent entre elles, et chacune contient un œil distinct; 2° il n'existe qu'une cavité orbitaire dans laquelle on voit deux yeux

qui se touchent sans se confondre; 3° les yeux sont confondus, mais on peut encore reconnaître toutes les parties qui les constituent; 4° il n'y a qu'un seul œil qui est ordinairement très-volumineux. La face des monopses est presque toujours plus courte et moins large que celle des fœtus bien conformés; on ne trouve à la place du nez qu'une surface lisse qui sépare l'œil de la bouche: l'ethmoïde, les os propres du nez, les os palatins, les unguis et les nerfs olfactifs manquent toujours. Le cerveau est excessivement petit, ou réduit en une sorte de bouillie claire: on ne voit qu'un hémisphère cérébral. On doit assimiler ces êtres, sous le rapport de la viabilité, aux anencéphales, quoiqu'il soit avéré qu'un poulain monopse ait vécu quatre mois.

La réunion des membres abdominaux, des doigts ou des orteils, ainsi que l'inversion des extrémités des membres pelviens et thoraciques, n'est pas un motif de non viabilité.

DEUXIÈME ORDRE. — Hypergénèses. Déviation organique avec augmentation de la force formatrice. Cet ordre comprend deux genres, dans lesquels viennent se ranger les *géants* et les fœtus dont la tête, la face, les membres sont gros, ou qui offrent plusieurs membres, plusieurs doigts, plus de vingt-quatre vertèbres ou de vingt-quatre côtes, ou de trente-deux dents, des muscles doubles, plus d'un mamelon à chaque mamelle, ou plusieurs mamelles, deux ou trois cœurs, deux duodénum, trois reins, deux vagins, deux utérus, trois oreilles, trois ou cinq yeux, etc. Tous ces fœtus sont viables.

TROISIÈME ORDRE. — DIPLOGÉNÈSES. Déviation organique avec réunion des germes.

Premier genre: par fusion ou par adhérence; ce genre renferme quatre espèces: 1° deux individus sont accolés, par quelque point de la surface de leur corps, et présentent chacun en apparence, du moins, toutes leurs parties distinctes. Ces fœtus sont viables, comme le prouve l'histoire si généralement connue d'Hélène et Judith, qui vécurent vingt et un ans, et qui étaient unies seulement par la partie inférieure de la région lombaire. 2° Deux ou trois individus sont accolés, mais il y a eu fusion profonde et disparition de quelques-uns des membres (1); ainsi on ne trouve que trois bras ou trois jambes, ou quatre bras et deux membres inférieurs, ou quatre jambes et deux bras, ou bien deux bras et trois jambes; la viabilité de ces êtres ne saurait être contestée. 3° Deux individus peuvent être séparés dans leur partie supérieure et réunis dans leur partie inférieure, et, dans ce cas, il peut n'y avoir que trois membres supérieurs: ces fœtus sont viables. 4° Le monstre est viable lorsqu'il est simple supérieurement, et double inférieurement; c'est-à-dire lorsqu'il offre une tête et deux corps.

Deuxième genre: par pénétration. Ce genre comprend deux espèces: 1° un des individus est en partie détruit,

(1) Fattori observa, en 1810, un fœtus dans lequel on voyait manifestement les débris de deux autres fœtus: l'existence de trois individus de l'espèce humaine réunis, qui avait été révoquée en doute par quelques auteurs, doit donc désormais être regardée comme possible.

et la portion restante fait saillie hors du corps de l'autre individu, aux dépens duquel il est nourri. Les exemples de cette nature ne sont point rares et l'on sait que le fœtus contenu n'est jamais viable, mais que celui qui le renferme peut vivre pendant plusieurs années. 2° Un des fœtus est totalement contenu dans l'autre, comme on peut s'en convaincre par les faits suivans : A. Bissieu s'était plaint, dès qu'il avait pu balbutier, d'une douleur au côté gauche qui était tuméfié; à l'âge de treize ans, il fut pris tout à coup de fièvre: sa tumeur devint volumineuse et très-douloureuse; il ne tarda pas à rendre par les selles des matières puriformes et fétides, et à éprouver la plupart des symptômes de la phthisie pulmonaire : peu de temps après, il rendit par les selles un peloton de poils, il mourut au bout de six semaines dans un grand état de consomption. A l'ouverture du cadavre, on vit que la tumeur était renfermée dans un kyste situé dans le mésocolon transverse, près du colon et hors des voies de la digestion. La masse qui remplissait ce kyste contenait évidemment quelques organes des sens, un cerveau, une moelle de l'épine, des nerfs, des muscles, un squelette, un cordon ombilical composé d'une artère et d'une veine; les organes de la digestion, de la respiration et de la sécrétion de l'urine et de la génération manquaient. (Bulletin de la Société de Médecine, 1re année, pag. 4.) B. Higmore rapporte qu'un jeune homme âgé de seize ans, périt après avoir éprouvé des douleurs atroces dans l'abdomen. L'épigastre, la région ombilicale et les hypochondres étaient occupés par une tumeur de forme irrégulière, contenue dans un sac qu'envelop-

pait l'épiploon, et dans lequel on voyait un fœtus imparfait. (Case of fœtus found in the abdomen of a young man, 1815.) Ces observations ne sont pas les seules que nous pourrions citer : on en connaît encore quatorze autres, que le docteur A. Lacheze, d'Angers, a rassemblées avec soin dans sa dissertation inaugurale intitulée: *de la Duplicité monstrueuse par inclusion* (Paris, juillet 1823), et le docteur Ollivier, d'Angers, vient d'en publier un autre exemple (Archiv. gén. de Méd., 1827), dans lequel la tumeur contenant le fœtus monstrueux était adhérente au périné, et avait la grosseur d'une tête d'enfant. Ici, comme dans l'espèce précédente, le fœtus contenu n'a jamais été viable, tandis que celui qui le contenait l'a toujours été.

QUATRIÈME ORDRE. — HÉTÉROGÉNÈSES. Déviation organique avec qualités étrangères du produit de la génération.

M. Breschet range dans cet ordre : 1° les fœtus extra-utérins : ils ne sont pas viables; 2° ceux qui naissent à la suite des grossesses multiples : on sait que les jumeaux sont viables lorsqu'ils sont au nombre de deux, qu'il est rare de les voir vivre quand il y en a trois, et qu'il n'y a point d'exemple qu'ils aient vécu quand ils étaient quatre; 3° les albinos et les chacrelats (albinos des nègres) : ils sont viables; 4° ceux qui sont atteints de cyanose : ils peuvent vivre; 5° ceux qui sont atteints de jaunisse ou de l'induration du tissu cellulaire : les uns et les autres sont viables, mais les derniers périssent souvent quelques jours après la naissance; 6° ceux dont les organes sont renversés, par

exemple, lorsque le cœur est à droite, le foie à gauche, etc.; ils peuvent vivre en général aussi longtemps que les autres; il est pourtant des cas de déplacement du cœur dans lesquels l'enfant n'est point viable : les considérations suivantes mettront cette vérité hors de doute.

Ectopie du cœur. (*Ectopia* dérivé de ἐκ, de τοπος, lieu déplacement.) Il existe trois genres d'*ectopie du cœur;* 1° l'*ectopie thoracique* dans laquelle le cœur est déplacé tantôt sans fissure des parois thoraciques, tantôt avec fissure de ces mêmes parois, tantôt enfin avec absence de quelques pièces aux parois du thorax; 2° l'*ectopie abdominale* dans laquelle le cœur sort de la poitrine par une ouverture du diaphragme; 3° l'*ectopie céphalique* dans laquelle le cœur est en rapport avec quelque partie de la tête (1). Les enfans dont le cœur est logé dans la cavité droite du thorax, qu'il soit vertical ou horizontal, que sa pointe soit dirigée en bas, en haut ou en avant, *sont viables;* il en est de même lorsqu'il y a *ectopie abdominale* simple, c'est-à-dire, sans éventration; car il n'y a pas d'exemple de fœtus viables, lorsqu'avec une ectopie semblable, les viscères abdominaux étaient à nu, ou couverts seulement par une membrane mince. Les fœtus atteints d'*ectopie thoracique* avec issue du cœur par une fente du sternum ou au-dessus de l'appendice xyphoïde, ou d'*ectopie céphalique* ne sont point *viables.* Pour pouvoir prononcer sur la

(1) Voyez le Mémoire sur l'ectopie de l'appareil de la circulation, et particulièrement sur celle du cœur, par G. Breschet, 1827.

viabilité d'un fœtus affecté d'ectopie du cœur, dit M. Breschet, et qui serait encore vivant, ou dont le cadavre serait soumis à un examen juridique, il faudrait non-seulement tenir compte de l'âge du fœtus, mais encore de la coexistence d'autres vices de conformation. Les faits rapportés dans ce mémoire démontrent jusqu'à l'évidence qu'il est fréquent de rencontrer l'ectopie du cœur avec l'anencéphalie, la diastérachie, etc. On a vu également les poumons être à peine développés, l'artère pulmonaire manquer ou être imperforée, quoiqu'à l'extérieur l'apparence de l'enfant fût régulière, et toutes ces dispositions suffisent pour établir la non viabilité. On peut avancer d'une manière générale que l'*ectopie du cœur* est rarement seule, et lors même que ce vice de conformation est à un degré peu marqué, il peut être accompagné d'une disposition vicieuse dans la structure du cœur ou dans l'origine des gros troncs vasculaires (pag. 31 du Mémoire cité).

RAPPORTS SUR LA VIABILITÉ DU FOETUS.

Premier rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la chambre, on nous a présenté le cadavre d'un enfant du sexe masculin, né depuis six jours, et mort la veille. La mère nous a dit être enceinte de sept mois lorsqu'elle était accouchée, qu'elle n'avait jamais été malade, et que l'accouchement avait été facile; M. X, accoucheur, a également attesté que le travail avait été de courte durée et sans accident; il croyait pouvoir attribuer la mort de l'enfant à ce qu'il aurait été imprudem-

ment exposé à l'action d'un air très-froid, trois jours après la naissance.

Nous avons procédé à la visite et à l'ouverture du cadavre, et nous avons reconnu qu'il était long de quatorze pouces deux lignes; qu'il pesait trois livres deux onces un gros; que la moitié du corps répondait à un pouce environ au-dessus de l'ombilic; que le cordon ombilical était tombé depuis peu; que la peau était rosée et recouverte d'un enduit sébacé; que les ongles étaient déjà assez consistans; que le cerveau, d'un blanc jaunâtre, n'offrait aucune trace de matière grise; que les poumons étaient bien développés, qu'ils étaient gorgés de sang et comme hépatisés, et que néanmoins ils étaient plus légers que l'eau; que la membrane muqueuse qui les revêt, était d'un rouge vif: du reste, tous les autres organes étaient sains; le cadavre était froid, les membres raides, et on n'apercevait aucun signe de putréfaction.

Ces faits nous portent à conclure : 1° que l'enfant dont il s'agit était âgé d'environ sept mois; 2° qu'il a vécu; 3° qu'il est mort depuis peu; 4° que s'il est vrai que la plupart des enfans de cet âge périssent, il en est qui vivent, et que celui-ci était assez bien conformé pour qu'il fût permis de le considérer comme *viable*, d'autant plus que pendant trois jours il avait exercé librement ses fonctions; 5° qu'il a succombé à une inflammation des poumons, occasionée probablement par l'action du froid. En foi de quoi, etc.

Deuxième rapport. Nous soussigné, etc. Arrivé dans la maison n°...., nous avons trouvé un enfant vivant, du sexe masculin, né la veille, que l'on nous a dit être

à terme, et que l'on supposait ne pas être viable, parce qu'il était resté pendant deux heures dans un état de mort apparente, et qu'après être parvenu à force de soins à le ranimer, il était retombé dans cet état, d'où il avait été difficile de le retirer. Du reste, nous avons appris que la mère était primipare, que le travail avait duré trente-six heures, et qu'au moment de la naissance, la face du nouveau-né était tuméfiée et violette, et qu'on avait à peine laissé saigner le cordon ombilical avant de le lier.

Nous avons procédé à l'examen de l'enfant, et nous avons reconnu qu'il offrait le volume et la grosseur d'un fœtus à terme; que le cordon ombilical répondait à peu près à la moitié du corps, que les cheveux et les ongles étaient bien formés, mais qu'effectivement il n'exécutait aucun mouvement, et que la respiration était suspendue; la face était rouge et tuméfiée. Après avoir détaché la double ligature du cordon ombilical, et avoir laissé écouler environ deux cuillerées de sang, nous avons remarqué de légers mouvemens dans les membres; des frictions faites sur le thorax et sur la colonne vertébrale ont bientôt amené les changemens suivans : la respiration s'est rétablie, l'enfant a poussé des cris, ses mouvemens sont devenus plus forts et plus étendus, et le sang a cessé de sortir par les vaisseaux ombilicaux. Au bout de deux heures, la face était décolorée, et rien n'annonçait que le nouveau-né dût éprouver encore les accidens dont il vient d'être fait mention.

Il résulte de ce qui précède : 1° que l'enfant soumis à notre examen est à terme; 2° qu'il est viable;

3° que si la vie a paru suspendue pendant quelque temps, cela doit être attribué à la durée du travail de l'accouchement, et à ce que l'enfant n'a pas été secouru convenablement. En foi de quoi, etc.

De la paternité et de la maternité.

Paternité. L'enfant conçu pendant le mariage, dit le Code civil, a pour père le mari; cependant il est des cas prévus par les articles 312, 313, 314 et 315 du même Code (*voyez* page 256), où la paternité peut être contestée. La législation actuelle est tellement précise à cet égard, que les magistrats prononcent facilement sur toutes les questions de ce genre, sans avoir besoin de consulter les gens de l'art, excepté lorsqu'il s'agit de constater si l'enfant est né viable, si la naissance a été tardive ou précoce. Envisagé sous le rapport médico-légal, ce problème rentre donc dans ce qui a été dit à l'occasion de la *viabilité* et des *naissances précoces* et *tardives*. (*Voyez* pages 255 et 495.)

Mais il est un point qui mérite de fixer un instant notre attention, parce qu'il a été quelquefois l'objet de consultations médico-légales. Une femme veuve depuis un ou deux mois se marie, quoiqu'il soit dit expressément dans l'article 228 du Code civil, qu'elle ne peut contracter un nouveau mariage que dix mois après la dissolution du mariage précédent; elle accouche avant la fin du dixième mois de son veuvage; on demande *lequel du premier ou du second mari est le père de l'enfant?* Il est évident, d'après la législation qui nous régit, que l'enfant peut appartenir aussi bien à l'un qu'à

l'autre des maris; en effet, il est légitime s'il naît entre le sixième et le dixième mois du mariage (*voyez* articles 312, 313, 314 et 315 du Code civil); on peut donc le regarder comme fils du premier mari, parce qu'il est né avant la fin du dixième mois, à dater du jour de sa mort, ou le considérer comme appartenant au second mari, s'il est né après le sixième mois du second mariage.

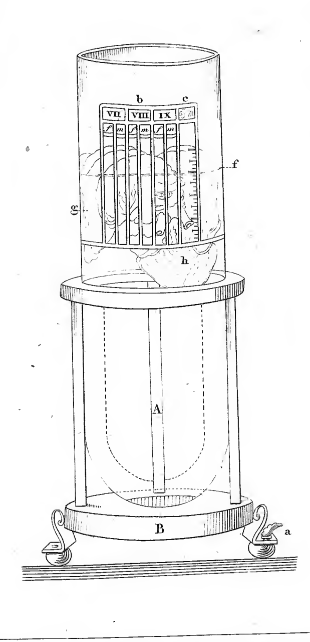
On ne peut se dissimuler combien il est difficile de résoudre une pareille question. Admettrons-nous avec Zacchias qu'il faudra comparer l'enfant aux deux maris pour voir s'il ressemble plutôt au premier qu'au second, et déterminer si le premier mari était vieux, faible, épuisé, malade depuis long-temps, et par conséquent peu disposé à cohabiter avec sa femme; s'il était ou s'il n'était pas aimé de celle-ci; si l'immaturité de l'enfant est telle qu'il ne puisse pas avoir été conçu depuis long-temps, etc.? Ces considérations, prises isolément, ne permettent tout au plus que d'établir des présomptions; leur ensemble peut, dans des circonstances assez rares, changer les présomptious en probabilités : l'âge du nouveau-né surtout doit fixer l'attention de l'homme de l'art. Supposons en effet que la veuve se soit mariée deux mois et demi après la mort du mari, et quelle accouche sept mois après le second mariage : l'enfant sera à terme s'il appartient au premier mari, tandis qu'il aura tout au plus sept mois s'il est le fruit du second mariage : or, il n'est pas difficile de distinguer si un fœtus est à terme ou à sept mois, surtout lorsqu'il périt et que l'on peut examiner l'état des organes intérieurs:

toutefois on aurait tort d'*affirmer*, d'après ce seul fait, que l'enfant appartient au premier époux, s'il est à terme, parce que la femme peut n'être devenue enceinte que quelques jours après la mort du mari. Le docteur Capuron, après avoir analysé et discuté les faits qui se rattachent à cette question, croit devoir trancher la difficulté en établissant que le mariage contracté avant l'expiration des trois cents jours ou des dix mois depuis la dissolution du précédent, doit faire attribuer l'enfant au second mari, à moins que celui-ci ne soit autorisé par les lois en vigueur à le désavouer (*voyez* l'article 314 du Code civil, page 257); car alors l'enfant aurait pour père le premier mari. « Nous avons cru pouvoir hasarder notre opinion sur cette question épineuse, dit ce médecin; nous n'avons point trouvé qu'elle ait été encore résolue par les tribunaux, et la police sévère qu'on observe relativement aux mariages fait présumer qu'elle ne se présentera pas de longtemps. » (Médecine légale relative à l'art des accouchemens, page 291.)

Maternité. On peut prouver, à défaut de témoins, qu'une femme a été mère, en prouvant qu'elle a été enceinte et qu'elle est accouchée; mais il est impossible d'établir positivement qu'elle est la mère d'un enfant qu'on lui attribue, ou qu'elle dit lui appartenir; on ne parvient tout au plus qu'à démontrer, dans certaines circonstances, que l'accouchement a eu lieu à peu près à l'époque de la naissance de cet enfant. Cette question, comme on voit, peut être agitée, 1° lorsqu'il y a eu *exposition*, *suppression*, *supposition* ou *substitution de*

part (*Voyez* page 492); 2° lorsqu'un individu se dit le fils d'une femme qui prétend n'être jamais accouchée; 3° lorsqu'enfin un aventurier se déclare le fils et l'héritier d'une personne dont le véritable fils est mort ou absent depuis plusieurs années.

FIN DU TOME PREMIER.



A. *Vase de verre de 11 pouces 1/4 de longueur et de 3 pouces de diamètre.*
B. *Piédestal à trois pieds.* a. *Un des pieds garni d'une vis à l'aide de laquelle on peut donner au vase une position horizontale.*
b. *Triple échelle verticale pour les poumons de 7, de 8 et de 9 mois.*
c. *Longueur de 2 pouces (mesure d'Autriche) divisée en lignes.*
f. *Point auquel monta l'eau dans l'épreuve faite sur le poumon d'un enfant mâle à terme qui avait respiré.*
g. *Poumon qui surnage.*
h. *Cœur tenu en suspension dans l'eau par le poumon.*